



นศรศรีธรรมราช เวชสาร

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๒ มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๔



MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT MEDICAL JOURNAL

Vol.4 No.2 Jan-Jun 2021

ISSN: 2586-8365

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลสนใจเกี่ยวกับการทำงานวิจัยและเขียนบทความทางวิชาการ
2. เป็นแหล่งเผยแพร่ประสบการณ์ ผลการวิจัยและผลงานทางด้านวิชาการต่างๆ
3. เป็นศูนย์รวมบทความวิชาการทางการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กำหนดการตีพิมพ์ ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ

กำหนดออก เดือนมกราคมและเดือนกรกฎาคม

คณะที่ปรึกษา

นายทรงเกียรติ เล็กตระกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
นายสมพร สหจรรย์พัฒน์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1
นางจันทร์จิรา กังอุบล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
นางสาวธารทิพย์ วิเศษธาร	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
นายธรรมรัตน์ รัตนาวินกุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
นายเอกชัย ศิริพานิช	ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

บรรณาธิการ

นายพีระพัชร ไทยสยาม	กลุ่มงานอายุรกรรม
---------------------	-------------------

กองบรรณาธิการ

นางสาวอัจฉิมาวดี พงศ์ดารา	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
นายวิรัช สอนเมือง	กลุ่มงานศัลยกรรม
นางสาวกาญจนา วงศ์ศิริ	กลุ่มงานจิตเวช
นางสาวอนัญญา ชุตินาถ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นายวาทีต วุฒิมานพ	กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
นายสมปอง กรุณา	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นางสาวสมพร อยู่ดี	กลุ่มการพยาบาล
นางสาวณัฐพร ณ นคร	กลุ่มงานเภสัชกรรม
นายปรีชา แก่นอินทร์	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
นางสาวธนัชฐา แสงแพรว	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

กองบรรณาธิการจากภายนอก

ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครศรีธรรมราช
ดร.พิไลพัทธ์ ชูมาก	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
นางสาวเววดาว สงวนพงศ์	วิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งสง
ผศ.ดร.พญ.รัชมี สังข์ทอง	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นายเอกรัฐ จันทรวันเพ็ญ
รศ.ดร.จรวัย สุวรรณบำรุง
ดร.ภญ.ศิราณี ยงประเดิม

นายธีระพันธ์ สงน้อย
ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ผศ.พิเศษ.ทพญ พัทรี กัมพลานนท์
นายณอชนา วิเชียร

รองผู้อำนวยการด้านการบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสิชล
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
หัวหน้าสาขาวิชาสำนักวิชาเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครศรีธรรมราช
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นางสาวโชติกา ทับเจริญ	กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
นางสาวกฤตยา เลิศนาคร	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
นายชัชชัย หอมเกตุ	กลุ่มงานรังสีวิทยา
นางสาวณิกานต์ ชันขาว	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นางสาวณฐารัตน์ ไชแสง	กลุ่มงานนิติเวช
นางสาวนิจีสากร นังคลา	กลุ่มการพยาบาลผู้คลอด
นางสาววงรัตน์ ไสสุข	กลุ่มการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ
นางชฎาภรณ์ เพิ่มเพชร	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
นางกรรณิการ์ ปลื้มสง	กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน
นายวศิน ปัญจวิรัตน์	กลุ่มงานศัลยกรรม
นางสาววาสิณี ราชนิยม	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
นายธน์สม์ แซ่อู่	กลุ่มงานอายุรกรรม
นางสาวสิริวรรณ ประพันธ์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นายสุธิพร พรหมอักษร	กลุ่มงานพยาธิวิทยา
นางสาวสรรพพร อุตมาภินันท์	กลุ่มงานจักษุวิทยา
นางสาวศิริพร พนิตจิตบุญ	กลุ่มงานทันตกรรม
นางสาวศศิธร กิจไพบูลย์ทวี	กลุ่มงานเภสัชกรรม
นางสุธิดา ไตรวงศ์ย้อย	กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
นางวิภาภัทร ชูจร	กลุ่มการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

เลขานุการ

นางกิงเกศ อักษรวงศ์	กลุ่มงานทันตกรรม
---------------------	------------------

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวประภาศรี เพชรทอง	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
------------------------	----------------------------

คำแนะนำสำหรับผู้ส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์

แนวทางนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ที่สนใจส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์ใช้เป็นแนวทางในการเขียนบทความเพื่อให้ตรงตามรูปแบบที่ทางกองบรรณาธิการได้กำหนดไว้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไข ให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)

1. ประเภทของบทความ

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและ/หรือการพัฒนาาระบบสาธารณสุข นิพนธ์ต้นฉบับควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ແຜນງັດໃນເດັກ: ປັບຈັຍເສັຍແລະຜົນຂອງການຮັກສາດ້ວຍການຜ່າຕັດ

ວິຣັຈໄຍ ສນຕິເມືອງ ພ.ບ.,ວ.ວ.ກຸມາຣສັຍສາສຕຣ໌

ກຸ່ມງານສັຍຍກຣມ ຮົງພຸຍາບາລມຫາຣາຊນຄຣສິຣຣມຣາຊ

Snake Bite Wound in Children: Risk Factor and Outcome of Surgical Intervention

Wirachai Sontimuang, MD.

Department of Surgery, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

2. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ **ไม่เกิน 250 คำ** ในแต่ละภาษา โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ (Background)
- วัตถุประสงค์ (Objective)
- วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and Methods)
- ผลการศึกษา (Results)
- สรุป (Conclusions)
- คำสำคัญ (Keyword)

3. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย **ไม่เกิน 10 หน้า** โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- วัตถุประสงค์
- วัสดุและวิธีการศึกษา
- ผลการศึกษา
- วิจัย
- สรุป
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

1.2 รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานของผู้ป่วยที่น่าสนใจหรือภาวะที่ไม่ธรรมดาหรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย ไม่ควรมีการกล่าวถึงผู้ป่วยในภาวะนั้นๆ เกิน 3 ราย โดยแสดงถึงความสำคัญของภาวะที่ผิดปกติ การวินิจฉัยและการรักษา รายงานผู้ป่วยควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์และสถาบันของผู้พิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ความสำเร็จของการรักษาแผลติดเชื้อราดำที่เท้าโดยไม่ต้องผ่าตัด

พีระพัชร ไทยสยาม พ.บ.,ว.ว.อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

Successful Treatment of Chromoblastomycosis without Surgery

Peerapat Thaisiam, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

2. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ **ไม่เกิน 10 บรรทัด** โดยเขียนในลักษณะบรรยายเกี่ยวกับประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษา พร้อมคำสำคัญ

โรคติดเชื้อราดำที่บริเวณผิวหนังพบได้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลโดยเฉพาะที่เท้า ลักษณะของรอยโรคเป็นได้ตั้งแต่ผื่นหรือตุ่มแดงจนอาจลุกลามเป็นก้อนหรือปื้นหนาได้ หากตรวจบริเวณบาดแผลด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบลักษณะของเชื้อราเป็นเซลล์กลมสีน้ำตาลมีผนังกัน บทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี โรคประจำตัวเป็น Nephrotic syndrome มาโรงพยาบาลด้วยแผลเรื้อรังที่หลังข้อเท้าขวา มา 4 เดือน ภายหลังได้รับการรักษาด้วย Itraconazole 200 – 400 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 6 เดือนอาการดีขึ้น โดยไม่ได้ผ่าตัด

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อราดำ

Chromoblastomycosis is the skin infection caused by melanized or brown-pigmented fungi. Feet are common site of infection. The initial lesion may begin as an erythematous macular or papular skin lesion and progresses to a nodular or plaque-like lesion. Microscopic examination revealed muriform(sclerotic) cells, an aggregation of 2 to 4 fungal cells, with transverse and longitudinal septation. We report a 60-year-old male with nephrotic syndrome. He came to hospital with chronic wound at dorsum of right ankle for 4 months. His clinical condition improved with itraconazole 200 – 400 mg per day for 6 months without excision.

Key word: Chromoblastomycosis

3. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย ไม่เกิน 5 หน้า โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- รายงานผู้ป่วย
- วิจารณ์
- สรุป
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

1.3 บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ บทความฟื้นฟูวิชาการควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์และสถาบันของผู้พิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

(Mediastinal Tuberculous Lymphadenopathy)

กิงเพชร พรหมทอง พ.บ.,ว.ว.อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤตทางเดินหายใจ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม นครศรีธรรมราช

Kingpeth Promthong, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat

2. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย ไม่เกิน 10 หน้า โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- วิธีการสืบค้นข้อมูล
- เนื้อหาที่ทบทวน
- บทวิจารณ์
- เอกสารอ้างอิง

1.4 บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิบัติกับบทความฟื้นฟูวิชาการที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ บทนำ บทสรุปและเอกสารอ้างอิง

1.5 บทปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภทใดๆ ข้างต้น

1.6 จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) เป็นจดหมายที่ใช้ติดต่อกันระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์ สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. ส่วนประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง	สั้น แต่ได้ใจความ ครอบคลุมเกี่ยวกับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	เขียนตัวเต็มทั้งชื่อตัวและนามสกุลทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษาและสถานที่ทำงาน รวมทั้งบอกถึงหน้าที่ของผู้ร่วมนิพนธ์ในบทความ
เนื้อหา	เขียนให้ตรงกับวัตถุประสงค์ เนื้อเรื่องสั้น กระชับรัดแต่ชัดเจนใช้ภาษาง่าย ถ้าเป็นภาษาไทยควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด ยกเว้น ศัพท์ภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ใจความ หากจำเป็นต้องใช้ คำย่อต้องเขียนคำเต็มเมื่อกล่าวถึงครั้งแรก และบทความควรประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ตามคำแนะนำ
บทคัดย่อ	ย่อเฉพาะเนื้อหาสำคัญเท่านั้น ให้มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อนุญาตให้ใช้คำย่อที่เป็นสากล สูตร สัญลักษณ์ทางวิทยาศาสตร์ สถิติ ใช้ภาษารัดกุม ความยาวไม่ควรเกิน 250 คำ หรือ 1 หน้ากระดาษ A4 และประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ตามคำแนะนำ
คำสำคัญ	ได้แก่ ศัพท์หรือวลีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 3-5 คำ เพื่อนำไปใช้ในการบรรจุเรื่องสำหรับการค้นคว้า

3. เอกสารอ้างอิง (References)

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข ⁽¹⁾ สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง บทความอ้างอิงที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่ได้เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยงการ “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงนอกจากมีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไปให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิงตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบต่างๆ

3.1 วารสารวิชาการ - ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและนามสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยตัวอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้เขียนแค่ 6 คน และตามด้วย et al. สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ หรือและคณะสำหรับวารสารภาษาไทย ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่าง

1. พิชัย โชตินพรัตน์ภัทร, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์, พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม. ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2546;47:223-30.

2. Adam I, Khamis AH, Elbashir ML. Prevalence and risk factors for anemia in pregnancy women of eastern sudan. Trans R Soc Trop Med Hyg 2005;99:739-43.

3.2 หนังสือหรือตำรา- ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ :สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. ตามตัวอย่าง

1. รังสรรค์ปัญญาธัญญะ.โรคติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.

2. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

3.3 บทในหนังสือหรือตำรา- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทในหนังสือหรือตำรา. ใน : ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย. ตามตัวอย่าง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิตรารัง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424 – 78.

2. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cumming CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p 2001-19.

3.4 สิ่งตีพิมพ์ของหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ- ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียนตามตัวอย่าง

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย ของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

2. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.

3.5 เอกสารจากเว็บไซต์และวัสดุอิเล็กทรอนิกส์ - ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ/วัสดุ] ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย [หน้า/screen]. Available from: <http://.....>

1. Rushton JL, Forcier M, Schactman RM. Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health [abstract]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [online] 2002 [cited 2003 Jan 21];41: 199-205. Available from;<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

2. Morse SS. Factors in the emergence of infection diseases. Emerg Infect Dis [online] 1995 [Cited 1996 Jun 5]; 1 [24 screens]. Available from:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

4. การพิมพ์และการส่งบทความ

1. พิมพ์โดยใช้กระดาษ A4 หน้าเดียว ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้าโดยใช้ โปรแกรมและบันทึกไฟล์ใน Microsoft word

2. กรณีมีแผนภูมิ - กราฟ ให้ทำเป็นภาพสี และวางในตำแหน่งที่ต้องการ

3. กรณีมีรูปภาพให้บันทึกรูปแยกออกมา โดยใช้ไฟล์นามสกุล JPEG ความละเอียด 350 PIXEL และให้พิมพ์ คำอธิบายที่สั้นและชัดเจนใต้รูปภาพ การจะได้ตีพิมพ์ภาพสีหรือไม่ขึ้น ขึ้นกับการพิจารณาของกองบรรณาธิการ

5. การส่งต้นฉบับมีช่องทางดังนี้

1. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อม CD file ข้อมูลมาที่ กองบรรณาธิการวารสารกลุ่มพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัด
นครศรีธรรมราช 80000 โทรศัพท์ 075-340-250

2. ส่งไฟล์ต้นฉบับมายัง E-mail: NSTMJ@hotmail.com

3. ส่งผ่าน website : www.mecnst.com/NSTMJ/index.php

สารจากบรรณาธิการ

สำหรับ “มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร” ในเล่มนี้ยังคงอัดแน่นไปด้วยเนื้อหาสาระความรู้มากมาย เช่นเดิม มีผู้สนใจส่งบทความเข้าร่วมตีพิมพ์ทั้งจากภายในและภายนอกโรงพยาบาล ทางกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งจะได้รับการตอบรับที่ดีแบบนี้ตลอดไป และทางกองบรรณาธิการจะพัฒนาให้ “มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร” ผ่านมาตรฐานของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย Thai-Journal citation index (JCI) center ในอนาคต



นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม
บรรณาธิการ

สารบัญ: Content

หน้า / page

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

การปรับขนาดยาต้านจุลชีพสำหรับผู้ป่วยในที่มีภาวะไตบกพร่อง ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 1

The Antimicrobial Dosage Adjustment for Inpatient with Renal Impairment in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

วรรณกาญจน์ พุ่มส่วง

ความสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบรวดเร็ว โดยใช้ยานำสลบและยาคลายกล้ามเนื้อ (Rapid sequence intubation : RSI) ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 9

The Success Rate and Complications Rate of Rapid Sequence Intubation (RSI) in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

พงศ์ธร จันทเดมีย์ กฤตยา ณ เพ็ชรวิจารณ์ นภัส ลาวัณย์ทักษิณ

ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษา : โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา 15

Health Care Worker (HCW) Awareness in The Operative Management of Coronavirus 2019 (COVID-19) in A Community Hospital. A Case Study: Namom Hospital, Songkhla Province

วีณา ศิริรักษ์

การสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1(2009) ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช เดือนมีนาคม 2563 28

Outbreak Investigation of Influenza A H1N1 in A Prison, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand, March 2020

สมเกียรติ วรยุทธการ กรณัฐ ชูเนตร

สารบัญ: Content

หน้า / page

ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 41

กรณีศึกษา : อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

Attitude of Village Health Volunteer about Emergency Medical Service

Case Study : Namomdistric, Songkhla Province

วรรณิ์ เจตะวัฒนะ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ดูแล 53

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

The Effects of Empowerment Program on Prevention of Pressure Ulcers with
A Caregiver'Orthopedics Patients Who are Restricted to Physical Activities
at Orthopedic Wards, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บุญนำ พัฒนแก้ว

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 63

อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

Factors Influencing In-Role Performance of Village Health Volunteer (VHV)
on COVID-19 Surveillance and Prevention in Phuphiang District, Nan Province

วิชัย ศิริวรรณชัย

การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาใน 76

โรงพยาบาล

The Development of Nursing Services Model to Prevent Falls in Hospitalized
Patients

เยาวเรศ ก้านมะลิ

สารบัญ: Content

หน้า / page

รายงานผู้ป่วย (Case report)

การติดเชื้อจากฟันชนิดลุคตวิค แองไจน่า: รายงานผู้ป่วย 1 ราย 89

Ludwig's Angina From Infected Tooth: A Case Report

เกียรติศักดิ์ ปั้งวนิช

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยที่มีฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด : รายงานผู้ป่วย 98

Orthodontic Treatment of Second Premolar Impaction : A Case Report

อรวิทย์ ปิยะศิริโสพล

อาการแสดงทางผิวหนังในผู้ป่วยติดเชื้อลิวมาเนียอวัยวะภายในและเอชไอวี: รายงานผู้ป่วย 107

Cutaneous Manifestations in Visceral Leishmaniasis and HIV Co-Infection:

A Case Report

ภารัญญ์ ดันตาปกุล สติษฐ์ ฟุ้งตระกูล

ปื้นบริเวณเยื่อช่องปากในผู้ป่วยโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 115

Syphilitic Mucous Patches: A Case Report

สติษฐ์ ฟุ้งตระกูล

การปรับขนาดยาต้านจุลชีพสำหรับผู้ป่วยในที่มีภาวะไตบกพร่อง ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช

วรุณกาญจน์ พุ่งสว่าง, ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก)

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยที่มีค่า $e\text{-GFR} < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ต้องได้รับการทบทวนแนวทางการปรับขนาดยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในการใช้ยา

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาร้อยละของจำนวนครั้งการปรับขนาดยาต้านจุลชีพสำหรับผู้ป่วยในที่มีการติดตามระดับค่า $e\text{-GFR} < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ตามสภาวะการทำงานของไต โดยอ้างอิงแนวทางการปรับขนาดยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช 2) เพื่อศึกษามูลค่ายาต้านจุลชีพเปรียบเทียบเมื่อปรับขนาดยาและไม่ปรับขนาดยาต้านจุลชีพสำหรับผู้ป่วยในที่มีภาวะไตบกพร่อง $e\text{-GFR} < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$

วัสดุและวิธีการศึกษา: ทบทวนประวัติการใช้ยาต้านจุลชีพจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลโปรแกรม HOS4 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2562 จนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราชซึ่งได้รับยาต้านจุลชีพและมีการติดตามค่า $e\text{-GFR} < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ อย่างน้อยจำนวน 1 ครั้งขณะนอนรักษา

ผลการศึกษา: จากการวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราชได้รับการสั่งปรับขนาดยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง ค่า $e\text{-GFR} < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ คิดเป็นร้อยละ 94.19 (778/826 ราย) 1) ผู้ป่วยได้รับยาที่มีการปรับขนาดยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 79.89 (9,953/12,459 ครั้ง) 2) มูลค่ายาต้านจุลชีพเมื่อปรับขนาดยาเทียบกับไม่ปรับขนาดยา คิดเป็น 141,922.46 บาท และ 232,757.52 บาท ตามลำดับ คาดว่าลดลงร้อยละ 39.02 คิดเป็นมูลค่า 90,835.06 บาท

สรุป: ทีมสหวิชาชีพควรตระหนักในการปรับขนาดยาต้านจุลชีพให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาและลดต้นทุนค่ายาให้แก่โรงพยาบาล

คำสำคัญ: การปรับขนาดยา ยาต้านจุลชีพ ภาวะไตบกพร่อง

The Antimicrobial Dosage Adjustment for Inpatient with Renal Impairment in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

WarunkanTungsawang, M.Sc. in Clinical pharmacy

Department of Pharmacy, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Patients with e-GFR <60 mL/min/1.73 m² must be reviewed for antimicrobial dosage adjustment in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital for patients safety with medication use.

Objectives: 1) To study the percentage of antimicrobial dosage adjustment for inpatients with e-GFR <60 mL/min/1.73 m² according to renal function conditions by referring to the guidelines for the antimicrobial dosage adjustment in patients with renal impairment, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital 2) to study the cost of antimicrobial compared when the doses were adjusted and not to be adjusted for in-patients with renal impairment that monitoring e-GFR <60 mL/min/1.73 m².

Materials and Methods: To review of history of antimicrobial use from medical records and database in program HOS4, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Data were collected from April 2019 until September 2019 in patients aged 18 years and more who were hospitalized at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, who received antimicrobial and monitored the e-GFR value <60 mL/min/1.73 m² at least 1 time while admission.

Results: From the research, it was found that patients in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital received antimicrobial dosage orders in patients with renal impairment. e-GFR <60 mL/min/1.73 m², representing 94.19%. (778/826 cases) 1) Patients received an appropriate dose of antimicrobial adjusted to 79.89 percent (9,953 / 12,459 times) 2) The cost of antimicrobial when adjusting the dose compared to not adjusting the dose were 141,922.46 baht and 232,757.52 baht respectively, expected to decrease by 39.02 percent as 90,835.06 baht.

Conclusions: The multidisciplinary team should be aware of the appropriate antimicrobial dosage adjustment for each patient. To ensure the safe of medication use resulting in reducing medication cost in the hospital.

Keywords: antimicrobial, dosage adjustment, renal impairment

บทนำ

สมาคมโรคไตนานาชาติ⁽¹⁾ คาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีคนเสียชีวิตจากโรคไต จำนวน 36 ล้านคนต่อปี ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จะได้รับรายการยาเฉลี่ย 10-12 รายการต่อวัน จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง ซึ่งเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบการกรองและกำจัดของเสียของหน่วยไต อันส่งผลต่อค่าพารามิเตอร์ทางเภสัชจลนศาสตร์ของยา ได้แก่ 1) การดูดซึมของยา 2) การกระจายยา โดยเฉพาะกลุ่มที่มีคุณสมบัติเป็นกรด เช่น cephalosporins จะได้รับผลกระทบอย่างมากจากการที่ยาจับกับโปรตีนในเลือดได้น้อยลง ทำให้ระดับยาอิสระในเลือดสูง 3) เมตาบอลิซึมของยา เมื่อการทำงานของไตลดลง จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงยาที่ตับอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ระดับยาในเลือดเปลี่ยนแปลง การกำจัดยาออกทางไตซึ่งขึ้นกับอัตราการกรองที่ไต (Glomerular filtration rate) การคัดหลั่งสารของไต (renal tubular secretion) และการดูดกลับ (reabsorption) ส่งผลให้ยาอยู่ในร่างกายมากและนานขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่องจึงมีความเสี่ยงต่อการได้รับสารพิษจากยาโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการปรับขนาดยาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออาการอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น⁽²⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาร้อยละของจำนวนครั้งการปรับขนาดยาต้านจุลชีพสำหรับผู้ป่วยในที่มีการติดตามระดับค่า e-GFR < 60 mL/min/1.73 m² ตามสภาวะการทำงานของไต โดยอ้างอิงแนวทางการปรับขนาดยา

ต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษามูลค่ายาต้านจุลชีพเปรียบเทียบเมื่อปรับขนาดยาและไม่ปรับขนาดยาด้านจุลชีพสำหรับผู้ป่วยในที่มีภาวะไตบกพร่อง e-GFR < 60 mL/min/1.73 m²

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยศึกษาถึงการปรับขนาดยาด้านจุลชีพในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่มีการติดตามค่า e-GFR < 60 mL/min/1.73 m² อย่างน้อยจำนวน 1 ครั้ง ขณะนอนรักษาตัว ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนเมษายน พ.ศ. 2562 จนถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 และมีการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและฐานข้อมูล HOS4 ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษา

จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วย จำนวน 826 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 439 ราย เพศหญิง จำนวน 387 ราย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในที่เข้านอนรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 69.43 ปี (ต่ำสุด 19.5 ปี, สูงสุด 97 ปี) ส่วนใหญ่มานอนรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้งในช่วง 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 51.24 (453/884 ครั้ง) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง คิดเป็น ร้อยละ 96.61 (798/826 ราย) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด และผู้ป่วยที่ได้รับการปรับขนาดยา

หัวข้อ	ผู้ป่วยทั้งหมด		ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับขนาดยา	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1.จำนวนผู้ป่วย (ราย)	826	100	778	94.19
2. เพศ (ราย)				
ชาย	439	53.14	411	49.76
หญิง	387	46.86	367	44.44
3. อายุเฉลี่ย (ต่ำสุด-สูงสุด) (ปี)	68.43 (19.5- 97)		65.73 (29-97)	
4. ผู้ป่วยมา admit ในช่วง 6 เดือน (ราย)	884	100	816	92.31
5. โรคประจำตัว (ราย)	826	100	778	94.19
- Acute renal failure	28	3.4	25	3.03
+ Hypertension/Diabetic mellitus/Chronic obstructive pulmonary disease + no dialysis				
Chronic renal failure/ Diabetic Mellitus/Chronic obstructive pulmonary disease + no dialysis	781	94.55	736	89.10
Chronic renal failure + Hemodialysis	5	0.6	5	0.605
Chronic renal failure + Peritoneal dialysis	12	1.45	12	1.45

มีการสั่งปรับขนาดยาด้านจุลชีพในผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 94.19 (778/826 ราย) จำนวนครั้งที่สั่งปรับขนาดยาด้านจุลชีพและมีการติดตามค่า e-GFR < 60 ml/min/1.73 m² อย่างน้อยจำนวน 1 ครั้ง

ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 98.5 (4,480/4,548 ครั้ง) ผู้ป่วยได้รับการให้ยาที่มีการสั่งปรับขนาดยาด้านจุลชีพ คิดเป็นร้อยละ 79.89 (9,953/12,459 ครั้ง) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความถี่การสั่งปรับขนาดยาและการได้รับยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง ค่า e-GFR < 60 ml/min/1.73 m²

การปรับขนาดยา	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
1. จำนวนครั้งการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ(ครั้ง)	4,548	100
1.1 จำนวนครั้งที่สั่งปรับขนาดยา	4,480	98.5
1.2 จำนวนครั้งที่ไม่ได้สั่งปรับขนาดยา	68	1.5
2. จำนวนครั้งที่ได้รับยาต้านจุลชีพ (ครั้ง)	12,459	100
2.1 จำนวนครั้งที่ได้รับยาต้านจุลชีพที่ได้ปรับขนาดยา	9,953	79.89
2.2 จำนวนครั้งที่ให้ยาที่ไม่ได้ปรับขนาดยา	2,506	20.11
3. จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	826	100
3.1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งปรับขนาดยา	778	94.19
3.2 จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสั่งปรับขนาดยา	48	5.81

2. มูลค่ายาต้านจุลชีพคิดตามจำนวนวันที่ได้รับยาต้านจุลชีพเปรียบเทียบเมื่อปรับขนาดยาและไม่ปรับขนาดยาต้านจุลชีพสำหรับผู้ป่วยในที่มีภาวะไตบกพร่อง e-GFR < 60 ml/min/1.73 m² ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 มูลค่ายาต้านจุลชีพที่ผู้ป่วยได้รับและมีการติดตามค่า e-FGR < 60 ml/min/ 1.73 m² ในช่วง 6 เดือน ตั้งแต่เดือน เมษายน-กันยายน พ.ศ. 2562

หัวข้อ	มูลค่า (บาท)
1.มูลค่ายาต้านจุลชีพที่ผู้ป่วยได้รับและมีการติดตามค่า e-FGR ในช่วง 6 เดือน ตั้งแต่เดือน เมษายน-กันยายน พ.ศ. 2562	
1.1 มูลค่ายาต้านจุลชีพที่สั่งใช้	896,622.11
1.2 มูลค่ายาที่สั่งใช้โดยไม่ปรับขนาดยา	232,757.52
1.3 มูลค่ายาที่คาดการณ์เมื่อปรับขนาดยา	141,922.46
1.4 มูลค่ายาที่คาดการณ์ว่าลดลงเมื่อปรับขนาดยา	90,835.06

วิจารณ์

จากการวิจัย พบว่า 1) ผู้ป่วยจำนวน 826 ราย เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 884 ครั้ง ได้รับการติดตามค่า e-GFR < 60 ml/ min/ 1.73 m² อย่างน้อย 1 ครั้ง และได้รับการสั่งปรับขนาดยา ร้อยละ 98.5 (4,480/ 4,548 ครั้ง) ผู้ป่วยจำนวน 48 ราย ไม่ได้รับการสั่งปรับขนาดยาต้านจุลชีพ คิดเป็นจำนวน 68 ครั้ง ผู้ป่วยที่มีการสั่งปรับขนาดยา มี

ระดับค่า e-GFR < 15 ml/min/1.73 m² คิดเป็นร้อยละ 31.29 (414/1323 ราย) ค่า e-GFR 15-29 ml/min/1.73m² คิดเป็นร้อยละ 31.37 (414/1323 ราย) ค่า e-GFR 30-44 ml/min/1.73 m² คิดเป็นร้อยละ 18.44 (244/1323 ราย) ค่า e-GFR 45-59 ml/min/1.73 m² คิดเป็นร้อยละ 12.85 (170/ 1323 ราย) ค่า e-GFR 60 ml/min/1.73 คิดเป็นร้อยละ 0.91 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนครั้งของการได้รับยาต้านจุลชีพจำแนกตามค่า e-GFR ที่มีการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง หลังจากได้รับยาต้านจุลชีพขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล

ค่า e-GFR (mL/min/1.73 m ²)	จำนวนครั้ง ที่ได้ยาต้านจุลชีพทั้งหมด		จำนวนครั้ง ที่สั่งปรับขนาดยา	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
	(ทั้งหมด = 1,323)	100	(ทั้งหมด = 1,255)	94.86
< 15	439	33.18	414	31.29
15-29	431	32.58	415	31.37
30-44	264	13.38	244	18.44
45-59	177	20.18	170	12.85
60	12	0.91	12	0.91

พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 28 ราย มีภาวะไตวายเฉียบพลัน มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จะมีการปรับขนาดยาหลังจากสั่งใช้และได้รับยาต้านจุลชีพไป 3-5 วัน จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.97 (25/28) จาก KDIGO⁽³⁾ ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ทั้งที่เกิด Acute Kidney Injury (AKI) แล้ว และเสี่ยงจะเกิด AKI เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำในส่วนต่างๆ และการทำงานของไตอยู่เกือบทุกวัน ประเด็นหลักคือต้องมีการติดตามและปรับยาอยู่เสมอ อาจจะแนะนำให้ทบทวนการรักษาในรอบทุก 7 วัน เช่นเดียวกับไตวายเรื้อรัง อาจจะพิจารณาให้ยา loading dose ในขนาดปกติ หรืออาจจะเพิ่มร้อยละ 20 - 30 เพราะผู้ป่วยมี Volume of distribution เพิ่มมากขึ้น ถ้าให้ขนาดน้อยไปอาจจะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำกว่าระดับรักษาได้ ส่วนการให้ยาต่อเนื่องสามารถปรับตามผลากยา อ้างอิงตามค่า GFR ซึ่งต้องตระหนักว่ามีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบ

ของสารน้ำตลอดเวลา ต้องประเมินอย่างสม่ำเสมอ หรือตรวจวัดระดับยาในเลือด

ยาต้านจุลชีพที่ไม่ได้สั่งปรับขนาดยา

มีผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพที่ยังไม่ได้ปรับขนาดยา จำนวน 68 ครั้ง เมื่อจำแนกตามชนิดของยา พบว่า ceftazidime มีความถี่สูงสุด จำนวน 16 ครั้ง ถัดมาคือ piperacillin/tazobactam จำนวน 13 ครั้ง cefazolin จำนวน 11 ครั้ง meropenem จำนวน 5 ครั้ง พบความถี่ 3 ครั้ง เมื่อสั่งฉีด ยา amoxycillin/clavulanic acid levofloxacin และยารับประทานคือ oseltamivir capsule และพบความถี่ 2 ครั้งในยานีดแต่ละรายการ ได้แก่ ampicillin ertapenem gentamicin vancomycin และยา รับประทาน ได้แก่ amoxycillin 500 mg capsule และยาต่อไปนี้ไม่ได้รับการสั่งปรับขนาดยา ได้แก่ amikacin injection levofloxacin 500 mg tablet norfloxacin 400 mg tablet ofloxacin 200 mg tablet จำนวน 1 ครั้ง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความถี่ของยาต้านจุลชีพที่ได้รับเมื่อไม่สั่งปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีค่า e-GFR < 60 ml/min/1.73 m²

ลำดับ	ยาต้านจุลชีพ	ความถี่ (ครั้ง)	มูลค่ายาที่ได้รับเมื่อไม่สั่งปรับขนาดยา	มูลค่ายาที่ได้รับเมื่อปรับขนาดยา
1	Amikacin injection	1	1,674	837
2	Amoxycillin capsule 500 mg	2	202	51.5
3	Amoxycillin/Clavulanic acid injection	3	6,566	2,638
4	Ampicillin injection	2	774	193.5
5	Cefazolin injection	11	4,730	2,793.25
6	Ceftazidime injection	16	29,350.52	19,567.01
7	Ertapenem injection	2	19,548	9,774
8	Gentamicin injection	2	204	51.9
9	Levofloxacin injection	3	15,890	5,439.2
10	Levofloxacin tablet 500 mg	1	1.260	378
11	Meropenem injection	5	83,657	57,359.60
12	Norfloxacin tablet 400 mg	1	3	1.5
13	Ofloxacin tablet 200 mg	1	42	21
14	Oseltamivir capsule 75 mg	3	3100	1,550
15	Piperacillin/Tazobactam injection	13	58,681	37,269
16	Vancomycin injection	2	7,076	3,328
รวม		68	232,757.52	141,922.46

มูลค่ายาที่คาดการณ์เมื่อสั่งปรับขนาดยาต้านจุลชีพ

จากการทบทวนการสั่งปรับขนาดยาจากฐานข้อมูล HOS4 และเวชระเบียนผู้ป่วยในระหว่างเดือน เมษายน-กันยายน พ.ศ. 2562 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามค่า e-GFR<60 ml/min/1.73 m² และไม่ได้รับการสั่งปรับขนาดยาต้านจุลชีพ จำนวน 48 ราย ใน 826 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.81 ส่งผลกระทบสำคัญต่อการให้ยาที่ไม่ได้รับการปรับขนาดยา คิดเป็นร้อยละ 20.11 (2,506/12,459 ครั้ง) คำนวณมูลค่ายาที่ไม่ได้สั่งปรับขนาดยา นำมาลบกับมูลค่ายาที่คาดการณ์ว่าจะปรับตามแนวทางการปรับขนาดในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ พบว่า มูลค่ายาลดลง จาก 232,757.52 บาท เป็น 141,922.46 บาท คิดเป็น 90,835.06 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของ Hou และคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่า

ช่วยลดค่าได้ 5,377 เหรียญสหรัฐ ประมาณ 198,949 บาท หรือคิดเป็น 31 เหรียญสหรัฐ ประมาณ 1,147 บาท ต่อผู้ป่วย 1 คนที่ได้รับการปรับขนาดยา จึงเป็นที่แน่ชัดว่าการปรับขนาดยาส่งผลกระทบต่องบประมาณค่ายาของโรงพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของอริสา และคณะ⁽⁵⁾ ที่ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลประสาท ในเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 มีการปรับขนาดยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง ระดับ e-GFR < 60 ml/min/1.73 m² โดยการคำนวณค่า Creatinine Clearance (CrCL) อัตโนมัติที่ปรากฏบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ การกำหนดรายการยาและวิธีปรับขนาดที่เป็นแนวทางเดียวกันของโรงพยาบาล และโปรแกรม HOS4 ที่ให้ข้อมูลวิธีการปรับขนาดยาในภาพรวมพบว่า การปรับขนาดยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่องเมื่อคิดตามขนาดยา

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 65.67 เป็น 72.58 ($p < 0.001$) มูลค่ายาที่สูญเสียจากการปรับขนาดยาไม่เหมาะสม ลดลงจากร้อยละ 24.5 เป็น 17.2⁽⁵⁾

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการปรับขนาดยาตามภาวะการทำงานของไต แสดงให้เห็นบทบาทที่ดีของทีมสหวิชาชีพในการดูแลความปลอดภัยในการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยกลุ่ม

ดังกล่าว อีกทั้งยังส่งผลให้ลดมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพและลดต้นทุนค่ายาของโรงพยาบาล ในอนาคตอาจจะมีการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยแพทย์ตัดสินใจสั่งใช้ยาได้อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีค่า Estimated Glomerular infiltration rate (e-GFR) $< 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ หรืออาจจะพัฒนาระบบโปรแกรม HOS4 ช่วยแจ้งเตือนแพทย์และเภสัชกรเมื่อมีการสั่งใช้ยาในขนาดไม่เหมาะสมตามการทำงานของไต

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจาร. Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย.วารสารกรมการแพทย์. 2558;ประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม.หน้า 5-18.
2. วีรชัย ไชยจามร. การปรับขนาดยาในการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง. ใน: ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, สดุดี พิรพรรัตน, ขจร ติรณนากุล, เกื้อเกียรติ ประดิษฐพรศิลป์, เกรียง ตั้งสง่า และ สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ). ตำราการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2560: หน้า 304-5.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int 2013; 3: 1-150.
4. Hou JY, Wang YJ, Kuo LN, Shen WC, Lee YY. Retrospective evaluation of the outcomes of applying the renal dosing monitoring system in a medical center. J Exp Clin Med 2011; 3: 176-80.
5. อริสา แสงเพ็ง, กฤษณี สระมณี, วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม. การพัฒนาระบบการปรับขนาดยาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง ณ แผนกผู้ป่วยไต โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2017; 9(1). หน้า 280-90.

ความสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบรวดเร็วโดยใช้นานาสลบและยาคลายกล้ามเนื้อ (Rapid sequence intubation : RSI) ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

พงศ์ธร จันทเทมีย์¹ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, กฤตยา ณ เพ็ชรวิจารณ์¹ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน,
นภัส ลาวัญย์ทักษิณ¹ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี¹

บทคัดย่อ

บทนำ: การใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยในห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เร่งด่วนและทำให้เกิดผลแทรกซ้อนได้มาก ปัจจุบันการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบรวดเร็วโดยใช้นานาสลบและยาคลายกล้ามเนื้อ (Rapid sequence intubation (RSI)) ได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จของการใส่ท่อหลอดลมคอและลดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบ RSI ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบ RSI ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 19 ราย มาดูผลสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมด 19 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด (ร้อยละ 100) อายุ 36 - 84 ปี อายุเฉลี่ย 65 ปี เป็นโรคภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคถุงลมโป่งพอง 12 ราย (ร้อยละ 63.2) ปอดติดเชื้อ 4 ราย (ร้อยละ 21.1) อื่น ๆ 3 ราย (ร้อยละ 15.7) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบ RSI พบอัตราการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจสำเร็จในครั้งเดียว 100% และทุกรายไม่มีผลแทรกซ้อนจากการทำ RSI

สรุป: การใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบรวดเร็วโดยใช้นานาสลบและยาคลายกล้ามเนื้อ ในโรงพยาบาลศูนย์ภายใต้ผู้เชี่ยวชาญมีความปลอดภัยและอัตราสำเร็จสูง

คำสำคัญ: การใส่ท่อหลอดลมคอ ยานาสลบและยาคลายกล้ามเนื้อ ความสำเร็จ ภาวะแทรกซ้อน

The Success Rate and Complications Rate of Rapid Sequence Intubation (RSI) in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Pongthorn Jantataeme MD., Kittaya Na Petvicharn MD., Napas Lawantuksin MD.

Emergency Department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Endotracheal intubation is a common emergency procedure in emergency department. Rapid sequence intubation is a procedure that use to improve success rate and decrease complication rate worldwide.

Objective: To study success rate and complication rate of rapid sequence intubation in emergency department of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Materials and Methods: A Retrospective descriptive study was conducted in all patients who receive rapid sequence intubation in emergency department of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital from 1st January 2018 – 31th December 2019. The data of success rate and complication rate were collected.

Results: There were 19 patients. All of them were male (100%) with age of 36 – 84 years old, average age of 65 years. 12 patients (63.2%) were diagnosed COPD with exacerbation, 4 patients (21.1%) were diagnosed pneumonia, and 3 patients (15.7%) were diagnosed other. Success rate of rapid sequence intubation is 100% and has no complication.

Conclusions: Rapid sequence intubation in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital (1,000 bed-province hospital) by specialist is safe and high success rate.

Keywords: endotracheal intubation, rapid sequence intubation, success rate, complication

บทนำ

ในแต่ละปีห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมีผู้ป่วยมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยใช้บริการ 64,000 ราย มีผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ผู้ป่วยหลายรายมีความจำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจ เช่น การอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือเพื่อป้องกันการสำลักของเศษอาหารหรือสิ่งอื่นเข้าสู่หลอดลมในผู้ป่วยที่หมดสติ ที่ผ่านมาการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมักใส่ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวอยู่ ซึ่งผู้ป่วยมักจะตื่นรันทันการใส่ท่อหลอดลมคอเนื่องจากเจ็บ หรือมีการให้ยา Diazepam ทางกระแสเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการร่งงซึมแต่ก็จะออกฤทธิ์ช้าทำให้ขณะใส่ท่อหลอดลมคอจะยังคงมีอาการเจ็บและยังทำให้ผู้ป่วยตื่นรันทันการใส่ท่อหลอดลมคออยู่ ทำให้เกิดความยากลำบากในการใส่ท่อหลอดลมคอ อาจทำให้ต้องใช้เวลานานหรือใส่หลายครั้ง และทำให้เกิดผลแทรกซ้อนได้ เช่น การบาดเจ็บของทางเดินหายใจ ฟันหัก เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ เป็นต้น

มีการศึกษามากมายถึงการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจโดยวิธีการใส่ท่อหลอดลมคอแบบรวดเร็วโดยใช้ยานำสลบ (Induction) และยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxant) หรือที่เรียกว่า Rapid Sequence Intubation (RSI) ได้ประสิทธิภาพดีกว่าการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัว (Awake Intubation) ในหลายประเทศ RSI ในห้องฉุกเฉินถือเป็นมาตรฐานในการใส่ท่อหลอดลมคอของการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน⁽¹⁾ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ซึ่งพบข้อดีหลายประการ เช่น ลดเวลาในการใส่ท่อหลอดลมคอ หลีกเลี่ยงการใส่ท่อหลอดลมคอหลายครั้ง ลดการบาดเจ็บของทางเดินหายใจ เป็นต้น^(2,3,4,5,6) อย่างไรก็ตามจะทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่ได้ ถ้าเกิดไม่สามารถใส่ท่อหลอดลมคอได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี

แนวโน้มนำใส่ท่อหลอดลมคอยาก (Difficult airway) อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและเสียชีวิตได้ โดยการแก้ไขอาจต้องเปิดทางเดินหายใจฉุกเฉินด้วยวิธีเปิดหลอดลมที่คอ (Cricothyrotomy) เพราะฉะนั้นถ้าแพทย์ผู้ทำการใช้ยารวมไปถึงทีมพยาบาลไม่มีความชำนาญในการประเมินและดูแลผู้ป่วยเหล่านี้อาจจะทำให้เกิดผลแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นได้

ในประเทศไทยมีหลายโรงพยาบาลที่ได้นำ RSI มาใช้ในผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจในห้องฉุกเฉิน ซึ่งพบว่ามีอัตราการใส่ท่อหลอดลมคอสำเร็จสูงขึ้นและอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนลดลงเมื่อเทียบกับการไม่ทำ RSI^(7,8) เมื่อพิจารณาถึงข้อดีของการทำ RSI ในผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยในการหายใจที่มีมากมายทางทีมแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จึงได้ศึกษาหาความรู้และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องทำ RSI ในห้องฉุกเฉินโดยประสานงานกับทีมเภสัชกรในการเตรียมยา การประเมินผู้ป่วยว่ามีภาวะ Difficult airway หรือไม่ การเตรียมผู้ป่วย การติดเครื่องวัดสัญญาณชีพและออกซิเจน รวมไปถึงการเตรียมแผนสำรองถ้าใส่ท่อหลอดลมคอไม่สำเร็จ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการทำ RSI เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบรวดเร็วโดยใช้ยานำสลบและยาคลายกล้ามเนื้อ (RSI) ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (Study design): การศึกษาวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยแบบ Retrospective descriptive study

ประชากร (population) : ผู้ป่วยที่มีการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบรวดเร็วโดยใช้ยานำสลบและยาคลายกล้ามเนื้อ (RSI) ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 19 ราย

นิยามของความสำเร็จในการใส่ท่อช่วยหายใจ หมายถึง การใส่ท่อหลอดลมคอสำเร็จและตำแหน่งเหมาะสมภายในความพยายาม ≤ 2 ครั้ง^(7,8,9) นิยามของภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ผลข้างเคียงจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น การบาดเจ็บของทางเดินหายใจ ฟันหัก ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ แพ้ยา เสียชีวิต เป็นต้น^(7,8,9)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย สัญญาณชีพ ยาที่ใช้ในการทำ RSI

	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
เพศ ชาย : หญิง	19 (100)
อายุ (ปี)	65 (36-84)
การวินิจฉัย	
- COPD with acute exacerbation with respiratory failure	12 (63.2)
- Pneumonia with respiratory failure	4 (21.1)
- Malignant left pleural effusion with respiratory failure	1 (5.3)
- Sepsis with alteration of consciousness	1 (5.3)
- Epidural hemorrhage with coma	1 (5.3)
สัญญาณชีพ	
- ชีพจร (ครั้ง/นาที)	126 (70-161)
- ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	151 (103-210)
- ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	94 (63-123)
- ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว (ร้อยละ)	97 (89-100)
แพทย์ผู้ใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จในครั้งแรกที่ทำ RSI	
- Extern	3 (15.8)
- Intern	5 (26.3)
- Paramedic	1 (5.3)
- Staff	10 (52.6)
ยาที่ใช้ในการนำสลบ (induction)	
- Etomidate	15 (78.9)
- Ketamine	3 (15.8)
- Midazolam	1 (5.3)
ยาที่ใช้ในการคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxant)	
- Succinylcholine	19 (100)

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยที่มีการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบรวดเร็วโดยใช้น้ำสลบและยาคลายกล้ามเนื้อ (RSI) ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชบัณฑิตยราชระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งสิ้น 19 ราย ทุกรายมีการพิจารณาข้อบ่งชี้ ข้อห้ามในการทำ และผลข้างเคียงของการทำ RSI โดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) อายุ 36-84 ปี (อายุเฉลี่ย 65 ปี) โรคและข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อหลอดลมคอ ได้แก่ COPD with acute exacerbation with respiratory failure 12 ราย (ร้อยละ 63.2) pneumonia with respiratory failure 4 ราย (ร้อยละ 21.1) malignant left pleural effusion with respiratory failure 1 ราย (ร้อยละ 5.3) sepsis with alteration of consciousness 1 ราย (ร้อยละ 5.3) และ Epidural hemorrhage with coma 1 ราย (ร้อยละ 5.3) โดยผู้ป่วย 18 รายใส่ท่อหลอดลมคอได้สำเร็จในครั้งแรกซึ่งผู้ใส่มีทั้งนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 นักศึกษาปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และไม่มีผลแทรกซ้อนเกิดขึ้นเลย สำหรับรายสุดท้ายในการตัดสินใจครั้งแรกพิจารณาทำแค่ deep sedation โดยการให้เพียง midazolam intravenous แต่ไม่สามารถใส่ท่อหลอดลมคอได้สำเร็จรวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง จึงพิจารณาให้น้ำสลบ etomidate ร่วมกับยาคลายกล้ามเนื้อ succinylcholine ร่วมด้วย หลังจากการทำ rapid sequence intubation ก็สามารถใส่ท่อหลอดลมคอสำเร็จในครั้งเดียว (ดังตารางที่ 1)

สำหรับยาที่นำมาใช้ในการนำสลบทั้ง 19 ราย แบ่งเป็น etomidate 15 ราย (ร้อยละ 78.9) ketamine 3 ราย (ร้อยละ 15.8) และ midazolam 1 ราย (ร้อยละ 5.3) ส่วนยาคลายกล้ามเนื้อใช้ succinylcholine ทั้งหมด (ร้อยละ 100)

วิจารณ์

การใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจ เป็นหัตถการที่พบได้บ่อยในห้องฉุกเฉิน เป็นหัตถการ

สำคัญที่ใช้ในผู้ป่วยวิกฤตจึงจำเป็นต้องทำได้อย่างรวดเร็ว อัตราสำเร็จสูงและผลข้างเคียงต่ำที่สุด ซึ่งจากการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบรวดเร็วโดยใช้น้ำสลบและยาคลายกล้ามเนื้อ (RSI) ในผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชบัณฑิตยราชระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งสิ้น 19 ราย มีอัตราการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจสำเร็จ ร้อยละ 100 โดยไม่มีผู้ป่วยรายใดมีผลข้างเคียงจากการทำ RSI เลย ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 19 รายที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบ RSI ทำภายใต้การควบคุมของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่ได้รับการฝึกอบรมการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบ RSI มาเป็นอย่างดีทำให้สามารถประเมินว่าผู้ป่วยรายใดมีภาวะ difficult airway ซึ่งเป็นข้อควรระวังในการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบ RSI และการเลือกใช้น้ำสลบตัวใดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อลดผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากเป็นที่ยืนยันแน่ชัดแล้วว่า การใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจด้วยวิธี RSI เป็นวิธีการที่เป็นมาตรฐานในการใส่ท่อหลอดลมคอในห้องฉุกเฉิน^(1,10)

และการศึกษาที่ทำในโรงพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์พบว่า การใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจด้วยวิธี RSI ช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จและลดผลแทรกซ้อนจากการทำหัตถการนี้เมื่อเทียบกับการไม่ทำ RSI^(7,8,9) จึงเห็นว่าทางห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชบัณฑิตยราชสมควรทำการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจด้วยวิธี RSI โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามแทนการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบเดิมที่ให้เพียงยาน้ำสลบ และพิจารณาเก็บข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบผลสำเร็จ ระยะเวลาในการใส่ท่อหลอดลมคอสำเร็จ ผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจทั้ง 2 วิธี เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราชบัณฑิตยราช

สรุป	(RSI) ในโรงพยาบาลศูนย์ภายใต้ผู้เชี่ยวชาญมีความปลอดภัยและอัตราสำเร็จสูง
การใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจแบบรวดเร็วโดยใช้ยานำสลบและยากลายกล้ามเนื้อ	

เอกสารอ้างอิง

1. Walls RM. Airway. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, editors. Rosen's emergency medicine concepts and clinical practice. 6th ed. Philadelphia: Mosby; 2006: 2-26.
2. Simpson J, Munro PT, Graham CA. Rapid sequence intubation in the emergency department: 5 year trends. Emerg Med J 2006; 23: 54-6.
3. Tam AY, Lau FL. A prospective study of tracheal intubation in an emergency department in Hong Kong. Eur J Emerg Med 2001; 8: 305-10.
4. Li J, Murphy-Lavoie H, Bugas C, Martinez J, Preston C. Complications of emergency intubation with and without paralysis. Am J Emerg Med 1999; 17: 141-3.
5. Dufour DG, Larose DL, Clement SC. Rapid sequence intubation in the emergency department. J Emerg Med 1995; 13: 705-10.
6. Okubo M., Gibo K., Hagiwara Y., Nakayama Y., Hasegawa K. The effectiveness of rapid sequence intubation (RSI) versus non-RSI in emergency department: an analysis of multicenter prospective observational study. International Journal of Emergency Medicine 2017; 10(1)
7. Wongyingsinn M., Surabenjawong U. A Prospective Controlled of the Rapid Sequence Intubation Technique in the Emergency Department of a University Hospital. J Med Assoc Thai 2017; 100: 953.
8. Trakulsrichai S., Sundarathiti P., Chalermdamrichai P. An observation study of rapid sequence, awake and sedation-only intubation in an emergency department in Thai patients. J Med Assoc Thai 2009; 92(8): 1022-7.
9. Phummarin S., Prasit w., Wirat W. Comparison of rapid sequence intubation protocol versus conventional intubation at the Emergency department in Songklanagarind Hospital: A pilot study. Songkla Med J 2010; 28(6): 317-27.
10. Stept WJ., Safar P. Rapid induction-intubation for prevention of gastric-content aspiration. Anesth Analg 1970; 49: 633-6.

**ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลชุมชน
กรณีศึกษา : โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา**

วีณา ศิริรักษ์ พย.บ.

โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดอาการป่วยในระบบทางเดินหายใจ และในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสเสี่ยงในการสัมผัสกับผู้ป่วยจึงได้มีการศึกษาเพื่อนำผลการวิจัยมาวางแผนพัฒนาบุคลากรในการดูแลโรคติดเชื้อทั่วไปและโรคติดเชื้อที่อาจเกิดอุบัติใหม่ในอนาคต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนนาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการบริหารจัดการโรคและด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ

วัสดุและวิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนาหม่อมปี พ.ศ. 2563 จำนวน 148 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา หาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบใช้ Samples t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับดีกลุ่มตัวอย่างที่เพศและประสบการณ์ในการทำงานต่างกันมีความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มงานต่างกันมีความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนนาหม่อมมีความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดี

คำสำคัญ : ความตระหนัก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) บุคลากรทางการแพทย์

Health Care Worker (HCW) Awareness in The Operative Management of Coronavirus 2019 (COVID-19) in A Community Hospital A Case Study: Namom Hospital, Songkhla Province

Weena Sirirak, B.N.S.

Namom Hospital, Songkhla Province

Abstract

Background: Coronavirus 2019 causes the problems with the respiratory system. Some severely coronavirus 2019 infected patients can risk to death. As HCW are risked to be infected from patients' care, this research was conducted to the development a plan for handing the infected diseases and other newly infected diseases in the future.

Objectives :To study the HCW's awareness in the operative management of coronavirus 2019 in Namom hospital in three areas as their perception of the disease severity, disease management and their perception of the advantages of the infection prevention.

Materials and Methods: The sample covered 148 HCW at Namom hospital. The data collecting tool was a survey questionnaire which its reliability was inspected as 0.85. The descriptive statistics was used to analyze the general data. The sample t-test and one way ANOVA were used for the statistical testing.

Results: The sampled group was aware of operating their duties in managing the coronavirus 19 disease infection. In general, the awareness level was high. Although the sampled group was different in sexes and work experiences, his awareness level in managing the coronavirus 2019disease infection was not different ($p>0.05$). The sampled group who operated in different kinds of work had the awareness in managing the infection differently. The difference was statistical significance as $p < 0.05$.

Conclusion: This research showed that the HCW at Namom hospital were aware of managing the coronavirus 2019disease infection at the high level.

Keywords: awareness, coronavirus 2019 infectious disease, health care worker

บทนำ

การรับรู้เรื่องโรคติดต่อจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 หลังจากทางการจีนเก็บตัวอย่างไวรัสจากคนไข้ นำไปวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการและยืนยันว่าเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในเมืองอู่ฮั่น ซึ่งมีประชากรกว่า 11 ล้านคน โดยในเวลาต่อมาจีนและองค์การอนามัยโลก(WHO) ระบุว่า เชื้อไวรัสชนิดนี้ คือ เชื้อไวรัสโคโรนาซึ่งเดิมทีโลกได้พบไวรัสโคโรนาที่เคยเกิดการระบาดในมนุษย์ มาแล้ว 6 สายพันธุ์ สำหรับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่กำลังระบาดเป็นสายพันธุ์ที่ 7⁽¹⁾ ในช่วง 6 สัปดาห์แรกของทศวรรษใหม่เชื้อไวรัสโคโรนาได้แพร่กระจายจากสาธารณรัฐประชาชนจีนไปยัง 20 ประเทศ ดังนั้นเมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 คณะกรรมการฉุกเฉินผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกประกาศว่าการระบาดครั้งนี้ถือเป็นเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) และในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศอย่างเป็นทางการว่าการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็น โรคระบาดทั่วพร้อมทั้งประกาศชื่อที่เป็นทางการสำหรับใช้เรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ว่า โคโรนา-ไนน์ทีน (Covid-19) ขณะที่คณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานวิทยาของไวรัส (International Committee on Taxonomy of Viruses) ได้กำหนดให้ใช้ชื่อไวรัสที่ทำให้เกิดโรค โคโรนา-ไนน์ทีนว่า SARS-CoV-2 หรือไวรัสโคโรนาโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงชนิดที่สอง (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องทางพันธุกรรมอย่างใกล้ชิดกับเชื้อไวรัสโรคซาร์ส⁽²⁾ หลังจากนั้นสถานการณ์การระบาดเริ่มลุกลามมากขึ้นเรื่อยๆ จนแพร่กระจายไปเกือบทั่วโลก

สำหรับข้อมูลการระบาดในอาเซียนมีรายงานการเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยวันที่ 23 มกราคม

สิงคโปร์มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รายแรกเป็นนักท่องเที่ยวชาวจีนที่เดินทางมาจากหูอันซึ่งเป็นศูนย์กลางการระบาดเป็นของโรค ในอินโดนีเซียมีคนติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รายแรกเมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ.2563 หลังจากนั้นภายใน 1 เดือน ยอดผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพิ่มขึ้นต่อเนื่องโดยเมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ.2563 เพิ่มขึ้นเป็น 1,986 คน และยอดผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 181 ทำให้อินโดนีเซียเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดในภูมิภาคอยู่ที่ร้อยละ 9.1 โดยเป็นรองเพียงแค่อิตาลีซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในโลกเพียงเล็กน้อยขณะที่อัตราการเสียชีวิตทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 5.2 ส่วนฟิลิปปินส์มีอัตราการเสียชีวิตที่ร้อยละ 4.5 และมาเลเซียที่ร้อยละ 1.6 ในช่วงเวลาเดียวกันแม้ทั้งฟิลิปปินส์และมาเลเซียจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อมากกว่า 3,000 คน^(2,3)

การระบาดทั่วของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยเริ่ม ตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2563 โดยเป็นประเทศที่มีผู้ป่วยยืนยันรายแรกนอกประเทศจีนเมื่อมีการคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศพบว่ามีผู้ป่วยตลอดเดือนมกราคม ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่เดินทางมาจากหรือเป็นผู้พำนักอยู่ในประเทศจีนแทบทั้งสิ้น การแพร่เชื้อในประเทศรายงานรายแรกมีการยืนยัน เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 ซึ่งเป็นคนขับแท็กซี่ที่มีการติดต่อกับนักท่องเที่ยวชาวจีน⁽⁴⁾ หลังจากนั้นมีการเพิ่มของผู้ป่วยประปรายจนกระทั่งประเทศไทยเริ่มมีการตื่นตัวมากขึ้นเมื่อกระทรวงสาธารณสุขออกแถลง การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นรายแรกคือชายไทยอายุ 35 ปี ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่ปลาย เดือนมกราคม ต่อมาตรวจพบว่าติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคที่ 2 จึงมีการส่งตัวมายังโรงพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่วันที่

5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 จากนั้นทีมแพทย์ได้มีการรักษาอย่างเต็มที่จนตรวจไม่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่วันที่ 16 กุมภาพันธ์ หลังจากรักษาเป็นเวลาเกือบ 1 เดือนแต่ด้วยสภาพปอดที่เสื่อมหัวใจและอวัยวะภายในที่ทำงานหนักทำให้อวัยวะภายในหลายระบบล้มเหลวจึงเสียชีวิตลงเมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์⁽⁷⁾ ประเทศไทยจึงได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วประเทศ มีผลตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม-30 เมษายน พ.ศ.2563 และจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยให้ความสำคัญกับการรับมือและแก้ไขปัญหา ทั้งต้นทางที่เน้นควบคุมการเดินทางและคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศโดยการรณรงค์มาตรการ อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติและให้ความสำคัญกับการรักษาผู้ป่วย⁽⁵⁾ หลังจากมีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายเพื่อให้สามารถใช้ข้อกำหนดตาม พ.ร.บ. ดังกล่าวในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคสามารถควบคุมโรคได้มีประสิทธิภาพลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอำนวยความสะดวกกับเจ้าหน้าที่ในการค้นหาผู้ป่วย สอบสวนและควบคุมโรคได้เร็ว

จังหวัดสงขลาโดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสงขลารายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ.2563 ดังนี้

- มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์เฝ้าระวังโรค (สะสม) 181 ราย
 - ส่งตรวจไม่พบเชื้อ 159 ราย
 - ผลตรวจรอบแรก 4 ราย
 - ผลตรวจยืนยันรอบที่สอง จากส่วนกลาง 13 ราย (เป็นคนจังหวัดสงขลา 8 ราย คนจังหวัดอื่น 5 ราย)

- มีผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 5 ราย โดยทั้ง 5 ราย รักษาอยู่โรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในห้องแยก และอยู่ในการดูแลของแพทย์โดยเคร่งครัด ผู้ป่วยยืนยันทั้ง

5 รายมีอาการไม่รุนแรง (ผู้ป่วยยืนยันทั้ง 5 ราย เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วงตั้งแต่ 52 – 75 ปี)⁽⁶⁾

คณะกรรมการฯ จึงได้มีการกำหนดการเปิดโรงพยาบาลสนาม (Cohort Ward) ขึ้นที่โรงพยาบาลหาดใหญ่-นาหม่อม โดยมีบุคลากรจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนในพื้นที่จังหวัดสงขลา ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วย โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลนาหม่อม โรงพยาบาลกรุงเทพ-หาดใหญ่ โรงพยาบาลราชบุรี ยินดี โรงพยาบาลศิรินครินทร์หาดใหญ่ และโรงพยาบาลมิตรภาพสามัคคี โดยเปิดทำการในวันที่ 3 เมษายน พ.ศ.2563⁽⁷⁾

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้เกิดอาการป่วยในระบบทางเดินหายใจ โดยมีอาการอย่างเช่น ไข้ ไอ และในรายที่มีอาการรุนแรงจะเกิดการทำให้หายใจลำบาก ภาวะไตวายจนนำไปสู่อันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และเนื่องจากเป็น RNA virus จึงมีโอกาสกลายพันธุ์สูง (Mutation) และมีโฮสต์หลากหลายที่ติดเชื่อได้ทำให้เกิดการติดเชื้อข้ามสปีชีส์ (cross-species transmission) ได้มากขึ้น จึงทำให้เกิดการแพร่กระจายได้ง่าย อย่างไรก็ตามขณะนี้ยังคงมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นจึงใช้ข้อมูลวิชาการของเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีพันธุกรรมใกล้เคียงกัน ซึ่งพบว่าไวรัสโคโรนามีความสามารถในการมีชีวิตอยู่บนผิวสัมผัสได้ไม่ได้นอกจากนี้ยังไม่มีความสำเร็จในการผลิตวัคซีนทำให้เกิดความวิตกกังวลในการแพร่ระบาดมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนาหม่อมซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีโอกาสเสี่ยงในการสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรงและทางอ้อมเพื่อทราบถึงความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อนำผลการวิจัยมาวางแผนพัฒนาบุคลากรในการดูแลโรคติดเชื้อทั่วไปและโรคติดเชื้อที่อาจเกิดอุบัติใหม่ในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

นาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2. เพื่อเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยด้านเพศ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน กับความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลชุมชนนาหม่อม

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่

ศึกษาความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลชุมชนนาหม่อม โดยศึกษาใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้านการรับรู้การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลและด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาหม่อม ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 148 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ เพศ, ประสบการณ์ในการทำงาน, กลุ่มงานที่ปฏิบัติหน้าที่

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลชุมชน ภูมิศึกษา : โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา ใน 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2. ด้านการรับรู้การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหน่วยงาน

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วัสดุและวิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลชุมชน ภูมิศึกษา: โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการ สร้างเครื่องมือ โดยสร้างแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงและพัฒนาจากกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ⁽¹⁰⁾ โดยมีลักษณะของเครื่องมือ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลชุมชน ภูมิศึกษา : โรงพยาบาลนาหม่อม ใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหน่วยงานและด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีลักษณะคำถามที่ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบเพื่อหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ได้แก่ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC 0.6-1.0

แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว หลังจากปรับปรุงไปทดลองใช้กับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนจะนะ ที่ไม่ใช่กลุ่ม

ตัวอย่างในการทำวิจัยแต่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เป็นโรงพยาบาลชุมชนเหมือนกัน จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ ด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่โดยการทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ราชการที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจขั้นต้น โดยทำการตรวจสอบข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้ความถี่และค่าร้อยละวิเคราะห์ความถี่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลชุมชนโดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และหาค่าทดสอบที (t - test) ทดสอบเอฟ (F-test) ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความถี่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลาเอกสารรับรองเลขที่ 24/2563 แบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยเก็บในตู้เอกสารส่วนตัวสามารถเข้าถึงได้เพียงผู้เดียว การเผยแพร่ข้อมูลไม่ได้ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลชุมชน ภาพรวมและรายด้าน

ด้าน	ความถี่ในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	n = 148		แปลผล
		$\bar{X}$	S.D	
1	การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.56	.37	ดีที่สุด
2	การรับรู้การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหน่วยงาน	4.18	.68	ดี
3	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.66	.46	ดีที่สุด
รวม		4.47	.43	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่าภาพรวมของความถี่ในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.47$) ในรายด้านพบว่าด้านการรับรู้ความรุนแรง

ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีที่สุด ($\bar{X} = 4.56$) ส่วนด้านการบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหน่วยงานอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.18$) และด้านประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดีที่สุด ($\bar{X} = 4.66$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบค่าที (t-test) ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกตามตัวแปรเพศ

ด้าน	ตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ต่อการดำเนินงาน จัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 COVID-19	เพศ				t	p- value
		ชาย		หญิง			
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.55	.35	4.56	.37	1.15	.28
2	การรับรู้การบริหารจัดการโรคในหน่วยงาน	4.23	.66	4.17	.68	.031	.86
3	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	4.62	.39	4.67	.47	.78	.37
รวม		4.47	.41	4.47	.43	.02	.89

* ค่า p-value < .05

จากตารางที่ 2 ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนก

ตามตัวแปรเพศ พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลนาหม่อมที่มีเพศต่างกันมีความคิดเห็นโดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบค่าเอฟ (F-test) ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกตามตัวแปรประสบการณ์ในการทำงาน

ด้าน	ตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่	ประสบการณ์ในการทำงาน									
		1- 5 ปี		6-10ปี		11-15 ปี		16-20 ปี		>20 ปี	
		(n =43)		(n = 23)		(n = 18)		(n=15)		(n= 49)	
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.52	.39	4.64	.29	4.49	.39	4.43	.37	4.63	.36
2	การรับรู้การบริหารจัดการโรคในหน่วยงาน	4.15	.62	4.26	.59	4.15	.84	4.28	.69	4.14	.72
3	การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค	4.56	.43	4.67	.38	4.57	.68	4.64	.59	4.79	.37
รวม		4.41	.42	4.53	.32	4.40	.58	4.45	.50	4.52	.39

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบค่าเอฟ (F-test) ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนวมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกตามตัวแปรประสบการณ์ในการทำงาน

ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ต่อ การดำเนินงานจัดการโรค COVID-19	ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ระหว่างกลุ่ม	4	.80	.20	1.48	.21
	ภายในกลุ่ม	143	19.39	.13		
	รวม	147	20.20			
การรับรู้การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ในหน่วยงาน	ระหว่างกลุ่ม	4	.58	.14	.30	.87
	ภายในกลุ่ม	143	68.16	.47		
	รวม	147	68.74			
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)	ระหว่างกลุ่ม	4	.58	.34	1.62	.17
	ภายในกลุ่ม	143	30.82	.21		
	รวม	147	32.21			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	4	.46	.23	.86	.48
	ภายในกลุ่ม	143	26.71	.26		
	รวม	147	27.18			

* ค่า p-value < .05

จากตารางที่ 3 และ 4 ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนวมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนก

ตามตัวแปรประสบการณ์ในการทำงาน พบว่าบุคลากรที่ประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีความคิดเห็นโดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบค่าเอฟ (F-test) ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกตามตัวแปรกลุ่มงานที่ปฏิบัติ

ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่	บริหารทั่วไป (n=25)		เทคนิคการแพทย์ (n=5)		ทันตกรรม (n=9)		เภสัชกรรม (n=8)		แพทย์ (n=5)		โภชนศาสตร์ (n=25)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.50	.40	4.65	.27	4.73	.15	4.73	.39	4.75	.36	4.43	.16
2.การรับรู้การบริหารจัดการโรคในหน่วยงาน	4.19	.64	3.95	.50	4.46	.29	4.18	.46	4.60	.36	4.36	.36
3.การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	4.62	.49	4.96	.08	4.95	.08	4.65	.42	4.96	.08	4.9	.20
รวม	4.44	.43	4.52	.15	4.72	.10	4.52	.38	4.77	.23	4.56	.13

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบค่าเอฟ (F-test) ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกตามตัวแปรกลุ่มงานที่ปฏิบัติ(ต่อ)

ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ต่อการดำเนินงานจัดการโรค COVID-19	รังสีวิทยา (n=2)		เวชกรรมฟื้นฟูและแพทย์แผนไทย(n=6)		ประกันคุณภาพและเทคโนโลยี (n=10)		ปฐมภูมิและองค์กรร่วม (n=9)		การพยาบาล (n=65)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.43	.08	4.70	.20	4.23	.48	4.50	.31	4.57	.37
2.การรับรู้การบริหารจัดการโรคในหน่วยงาน	4.66	.31	4.16	.68	3.25	1.09	4.29	.44	4.23	.66
3.การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	4.9	.14	4.5	.41	4.12	.35	4.71	.44	4.67	.50
รวม	4.66	.18	4.45	.36	3.87	.54	4.50	.36	4.49	.43

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบค่าเอฟ (F-test) ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกตามตัวแปรกลุ่มงานที่ปฏิบัติ

ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ต่อการดำเนินงานจัดการโรค COVID-19	ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ระหว่างกลุ่ม	10	2.07	.20	1.57	.12
	ภายในกลุ่ม	137	18.12	.13		
	รวม	147	20.2			
การรับรู้การบริหารจัดการโรคในหน่วยงาน	ระหว่างกลุ่ม	10	11.35	1.13	2.70	.005*
	ภายในกลุ่ม	137	57.39	.41		
	รวม	147	68.74			
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	10	5.16	.51	2.61	.006*
	ภายในกลุ่ม	137	27.05	.19		
	รวม	147	32.21			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	10	4.81	.48	2.94	.002*
	ภายในกลุ่ม	137	22.37	.16		
	รวม	147	27.18			

* ค่า p-value < .05

จากตารางที่ 5 และ 6 ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกตามตัวแปรกลุ่มงานที่ปฏิบัติ พบว่า กลุ่มงานที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลต่างกัน มีความคิดเห็นภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มงานต่างกันมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ในขณะที่การรับรู้การบริหารจัดการโรคในหน่วยงานและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มงานต่างกันมีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .056

วิจารณ์

ผลการวิจัยเรื่องความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้านการรับรู้การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) บุคลากรมีความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับดีสอดคล้องกับ Zhou M al ศึกษาวิเคราะห์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ (HCWs) การปฏิบัติและทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด -19 โดยวิธีการสำรวจภาคตัดขวาง จากวันที่ 4 – 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 ที่กลุ่มตัวอย่าง 1,357 HCWs ในโรงพยาบาล 10 แห่งในเหอหนานประเทศจีน ในบรรดาผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 89 ของ HCWs มีความรู้เรื่องโรคโควิด-19เพียงพอมากกว่าร้อยละ 85 กล่าวตนเองจะเกิดการติดเชื้อไวรัสและร้อยละ 89.7 ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคโควิด -19⁽¹¹⁾ Ahmed Samir Abdelhafiz Zeinab Mohammed MahaEmad Ibrahim et al. ศึกษาความรู้การรับรู้และทัศนคติของชาวอียิปต์ต่อโรค Coronavirus (COVID-19) การสำรวจภาคตัดขวางในผู้ใหญ่ชาวอียิปต์ 559 คน เสร็จสิ้นการสำรวจคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ที่ 16.39 คะแนนจาก 23 คะแนน (ร้อยละ 71.26) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากสื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 66.9) และอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 58.3)⁽¹²⁾ Yudong Shi et al. ศึกษาความรู้และทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวชจีนเกี่ยวกับ COVID-19 การศึกษารังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

ประเมินความรู้และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในศูนย์สุขภาพจิตจีน 2 แห่ง ในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือจิตแพทย์ 141 คน และพยาบาลจิตเวช 170 คน ผลการศึกษาพบว่าในช่วงการระบาดของ COVID-19 นั้น ร้อยละ 89.5 ของบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 ระดับมาก และ ร้อยละ 64.63 ได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลในขณะเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกตามตัวแปรเพศและประสบการณ์ในการทำงานพบว่าไม่แตกต่างกัน⁽¹³⁾ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของรุจิราภรณ์วรรณาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐมพบว่าระดับการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลนครปฐม อยู่ในระดับมาก ($X = 3.89$) ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .14$)⁽¹⁴⁾

สรุป

การวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนาหม่อมต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้านการรับรู้การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อ

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) บุคลากรมีความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับ ดี เมื่อพิจารณารายด้าน คือด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดีที่สุด ด้านการรับรู้การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดีและด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างเพศและประสบการณ์ในการทำงานพบว่าความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรต่อการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่กลุ่มงานที่ปฏิบัติงานต่างกันมีความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ต่อการ

ดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แตกต่างกันซึ่งหน่วยงานและผู้รับผิดชอบควรนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางเพื่อการบริหารจัดการสร้างให้บุคลากรในหน่วยงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคติดเชื้อที่อาจเกิดอุบัติใหม่ขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณนายแพทย์พณดี ไชยเศรษฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาหม่อมในความกรุณาการเก็บข้อมูลในหน่วยงาน ขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ แพทย์หญิงวาสนา อธิรสนาและคุณสุดาวดี แก้วพิบูลย์และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [online]. Geneva: WHO characterizes COVID-19 as a pandemic[cited 2020 April 26]; Available from:URL:<http://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/>
2. NRCT.[online]. [cited 2020 April 26] ; Available from : URL: <https://www.nrct.go.th/news/%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%update>
3. WHO. [online]. [cited 2020 April 26] ; Available from : URL:<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
4. Lisa Schnirring | News Editor | CIDRAP News | .[online]. Jan 14, 2020 [cited 2020 April 26]; Available from:URL: <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/01/report-thailands-coronavirus-patient-didnt-visit-outbreak-mark>
5. <https://pr.moph.go.th?url=pr/detail/2/04/141231/>++<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาและสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดสงขลา.ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลาแถลงยืนยันผู้ป่วยโรคโควิด-19ในพื้น.[online]. 22/4/63 Available from:<https://www.skho.moph.go.th/eoc/?p=1370> [cited 2020 April 26]
7. คำสั่งจังหวัดสงขลาแต่งตั้งคณะกรรมการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
8. BBC. โควิด-19 : ไม่ใช่แค่ปอด แต่เข้าถึงหัวใจ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ทำลายอวัยวะอื่นๆ ในบางกรณีได้อย่างไร. [online] Available from:URL;<https://www.bbc.com/thai/features-52269322> [cited 2020April 26]
9. Na Zhu, Dingyu Zhang, Wenling Wang, XingwangLi, Bo Yang, Jingdong Song, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Eng J Med 2020; 382;727-33.
10. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, พยงค์ เทพอักษร. บทความปกิณกะ. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7: ก-จ
11. Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, You G. et al. Knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 among health care workers in Henan, China. J Hosp Infect 2020; pii: S0195-6701(20)30187-0. [Epub ahead of print]
12. Abdelhafiz AS, Mohammed Z, Ibrahim ME, Ziady HH, Alorabi M, Ayyad M, et al. Knowledge, Perceptions, and Attitude of Egyptians Towards the Novel Coronavirus Disease (COVID-19). J Community Health 2020; 45:881-90.
13. Shi Y, Wang J, Yang Y, Wang Z, Wang G, Hashimoto K, et al. Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19. Brain Behav Health 2020; 4:100064.
14. รุจิรงค์ วรรณธนาทศ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559;26:103-15.

การสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1(2009) ในทัศนสถานแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช เดือนมีนาคม 2563

สมเกียรติ วรยุทธการ¹, กรณ์ฐ ชูเนตร²

โรงพยาบาลปากพนังจังหวัดนครศรีธรรมราช¹, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง²

บทคัดย่อ

บทนำ: วันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2563 ทีมสอบสวนโรคอำเภอปากพนังได้รับรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ว่ามีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ ณ ทัศนสถานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช จึงออกสอบสวนโรคร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 17–20 มีนาคม พ.ศ. 2563

วัตถุประสงค์: เพื่อยืนยันการระบาดและการวินิจฉัยโรค อธิบายลักษณะทางระบาดวิทยา ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 (2009)

วัสดุและวิธีการศึกษา: ทบทวนสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาค้นหาผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่เรือนจำ เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ, ศึกษาสภาพแวดล้อมของเรือนจำ และทำการศึกษาแบบ case-control study โดยกลุ่ม case คือ ผู้ป่วยทั้งหมด และ กลุ่ม control คือ ผู้ที่ไม่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ โดยมีเพศเป็นผู้สุ่มเลือกจากทุกห้องนอน ห้องละ 25–35 คน

ผลการศึกษา: พบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A/H1N1(2009) ที่ทัศนสถานชายแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 9–20 มีนาคม พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยเป็นผู้ต้องขังทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยสงสัย (suspected case) 196 ราย ผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) 23 ราย รวมทั้งสิ้น 219 ราย อัตราป่วยร้อยละ 9.63 ไม่มีผู้เสียชีวิต ผู้ป่วยทุกรายมีอาการไข้ และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รองลงมาคือ ปวดศีรษะ ไอ เจ็บคอ ร้อยละ 85.84 76.71 68.04 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่พบว่ามีคนในห้องนอนเดียวกันป่วย (aOR 9.62, 95% CI 5.92–15.63) มีผู้อื่นไอจามใส่ในระยะใกล้ชิด (aOR 5.30, 95% CI 3.49–8.05) ใช้แก้วน้ำเดียวกับผู้อื่น (aOR 2.35, 95% CI 1.48–3.71) ใช้ช้อนร่วมกับผู้อื่น (aOR 2.11, 95% CI 1.25–3.55)

สรุป: การแยกผู้ต้องขังรายใหม่ในพื้นที่ที่ไม่ปะปนกับรายเก่าอย่างน้อย 7 วัน การคัดกรองและแยกผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การแยกช้อนแก้วน้ำ เป็นมาตรการการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำที่สำคัญ

คำสำคัญ: ไข้หวัดใหญ่ ทัศนสถาน ผู้ต้องขัง การระบาด

Outbreak Investigation of Influenza A H1N1 in A Prison, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand, March 2020

Somkiat Worayuttakarn¹, Koranat Chunet²

Pak phanang hospital Nakhon Sri Thammarat Province¹,

Pak Phanang District Public Health Office²

Abstract

Background: On March 16, 2020, the rapid response team of Pak Phanang District was notified by the Nakhon Si Thammarat Provincial health office that there was a cluster of influenza-like illness in a male prison in Nakhon Si Thammarat province. The team from Pak Phanang District, Office of Disease Prevention and Control 11 and Nakhon Si Thammarat provincial health office investigated the outbreak during 17–20 march 2020.

Objectives: to confirm the outbreak, verify diagnosis, describe epidemiological characteristics, determine associated factors and give recommendation to contain the outbreak.

Materials and Methods: We reviewed a situation of influenza from the Disease Surveillance system, conducted active case finding, interviewed prisoners and jailers, collected throat swab for respiratory pathogen testing by real-time polymerase chain reaction. Case-control study was conducted to determine the associated factors for illness. All patients met with case definition were defined as cases. Control group was sampling from inmates who clearly had no symptom.

Results: Influenza A H1N1 (2009) outbreak occurred in a male prison in Nakhon Si Thammarat province, between 9–20 March 2020, all patients were inmates. A total of 219 cases (attack rate was 9.63%), 196 were suspected cases and 23 were confirmed cases. Most of patients had fever, myalgia, headache and cough. Factors associated with getting sick from influenza were sleeping in same room with influenza case (aOR 9.62, 95% CI 5.92–15.63), being coughed on (aOR 5.30, 95% CI 3.49–8.05), sharing a water glass (aOR 2.35, 95% CI 1.48–3.71), and sharing a spoon with others (aOR 2.11, 95% CI 1.25–3.55).

Conclusions: Separating new inmates from old inmates for at least 7 days to lower the risk of transmitting disease was recommended. Prompt screening, early isolation of sick inmates, stop sharing water glass and spoon should be implemented to control and prevent further outbreak.

Keywords: influenza, prison, inmate, outbreak, Nakhon Si Thammarat

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ชนิด (H1N1) 2009 เป็นการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส Influenza A H1N1 ที่เกิดจากการผสมของสายพันธุ์กรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ตรวจพบในสัตว์ปีก สุนัข และในมนุษย์ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด (H1N1) 2009 จะเริ่มป่วยหลังจากได้รับเชื้อประมาณ 1-3 วัน โดยมีอาการคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลที่เกิดจากไวรัส สายพันธุ์เก่า คือ มีไข้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น ปวดเมื่อยเนื้อตัว ไอ เจ็บคอ คัดจมูก น้ำมูกไหล อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสียร่วมด้วย

พบการระบาดครั้งแรกในประเทศเม็กซิโกจากระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัด โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่เพิ่มมากขึ้นอย่างผิดปกติในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) โดยสหรัฐฯตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่มีลักษณะทางพันธุกรรมต่างจากไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และมีการตอบสนองของภูมิคุ้มกันต่างจากไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล จึงได้มีการรายงานไปยังองค์การอนามัยโลก และองค์การอนามัยโลกได้แจ้งเตือนประเทศสมาชิกวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) จากนั้นได้ประกาศการระบาดของไข้หวัดใหญ่ทั่วโลกเป็นระยะในวันที่ 27 เมษายน, 29 เมษายน และ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) ตามลำดับ การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด (H1N1) 2009 เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยสามารถแพร่จากจุดเริ่มต้นไป 120 ประเทศใน 8 สัปดาห์และแพร่ไปทุกทวีปทั่วโลกใน 9 สัปดาห์

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด (H1N1) 2009 ในประเทศไทยเป็นไปในลักษณะเช่นเดียวกันกับประเทศอื่นๆเริ่มจากการพบผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ประมาณต้นเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ต่อมาเริ่มมีการแพร่ในวงจำกัด และมีการแพร่กระจายในวงกว้างจนพบผู้ติดเชื้อในทุกภาคของประเทศ⁽¹⁾

วันที่ 16 มีนาคม 2563 เวลา 15.30 น. ทีมสอบสวนโรคอำเภอปากพนังได้รับรายงานจาก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ว่ามีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจสงสัยไข้หวัดใหญ่ ณ ท้องถิ่นแห่งหนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีผู้ป่วยส่งต่อมารับการรักษาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 1 ราย ทีมสอบสวนโรคโรงพยาบาลปากพนังพร้อม กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคระหว่างวันที่ 17-20 มีนาคม พ.ศ. 2563

วัตถุประสงค์

เพื่อยืนยันการระบาดและการวินิจฉัยโรค อธิบายลักษณะทางระบาดวิทยา ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 (2009)

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. ศึกษาการระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 ทบทวนสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราชจากฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรค 506 ปี พ.ศ. 2558-2563

1.2 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในท้องถิ่น โดยเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นประกาศเสียงตามสายให้ผู้ต้องสงสัยมีอาการป่วยคล้ายหวัด เช่น ไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอ น้ำมูก ปวดศีรษะ เยื่อบุตาอักเสบ มาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อทำการคัดกรองตามนิยาม⁽²⁾ ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (suspected case) คือ เจ้าหน้าที่ หรือผู้ต้องสงสัยในท้องถิ่นแห่งนี้ที่มีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไปหรือให้ประวัติว่ามีไข้ และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 อาการ ดังต่อไปนี้ ได้แก่ ปวดศีรษะ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย คัดจมูก เยื่อบุตาอักเสบ ระหว่างวันที่ 1-30 มีนาคม พ.ศ. 2563

ผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) คือ ผู้ที่เข้าได้ตามนิยามผู้ป่วยสงสัยร่วมกับมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยวิธี Real time PCR พบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่

2. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

ทำการเก็บตัวอย่าง Throat swab ผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามและมีอาการ จำนวน 33 รายโดยต้องมีอาการไม่เกิน 5 วัน นับจากวันเริ่มป่วย เพื่อส่งตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี

3. การศึกษาสิ่งแวดล้อม

สำรวจสภาพแวดล้อม ลักษณะทางกายภาพภายในทันตสถานสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ทันตสถานเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของเรือนจำ ห้องน้ำ ห้องส้วมโรงอาหาร กิจกรรมรายวัน กิจกรรมพิเศษ

4. ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

ทำการศึกษาแบบ case-control study โดยศึกษาในเจ้าหน้าที่ หรือผู้ต้องขังในทันตสถานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกำหนดนิยามดังนี้

ผู้ป่วย (case) หมายถึง เจ้าหน้าที่ หรือผู้ต้องขังในทันตสถานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่เข้าได้กับนิยาม ผู้ป่วยสงสัย (suspected case) หรือผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) ทุกราย

ผู้ไม่ป่วย (control) หมายถึง ผู้ต้องขังในทันตสถานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ไม่มีอาการดังต่อไปนี้ไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย คัดจมูก เยื่อตาอักเสบ โดยเจ้าหน้าที่ทันตสถานเป็นผู้ดำเนินการสุ่มผู้ต้องขังที่ไม่มีอาการป่วยจากห้องนอนทั้ง 22 ห้อง ห้องนอนละ 25-35 คน

ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบโครงสร้าง(structured questionnaire) ข้อมูลที่เก็บได้แก่ ชื่อ-สกุล เพศ อายุ แขนขข้าง เรือนนอน ห้องนอน ระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำน้ำหนักส่วนสูง โรคประจำตัววันเริ่มป่วยการได้รับยา Oseltamivir อาการป่วย ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคทำการบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรม Excel วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยโดยคำนวณ Odds ratio

และ 95% CI ทำการคัดเลือกปัจจัยที่ค่า p-value ≤ 0.1 เข้าโมเดล multivariable logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของจังหวัดนครศรีธรรมราชจากข้อมูลการเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) ของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ของจังหวัดนครศรีธรรมราช เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยทั้งหมด 586 ราย อัตราป่วย 37.62 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2558-2562) ที่มีอัตราป่วย 31.73 ต่อแสนประชากรและมีเหตุการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่งของจังหวัด โดยพบผู้ป่วย 11 ราย (เป็นผู้ป่วยยืนยัน 2 ราย)

1.2 ลักษณะการระบาดในทันตสถานจากการสอบสวนโรค ในช่วงวันที่ 1-30 มีนาคมพ.ศ. 2563 ของทันตสถานชายแห่งนี้ พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 219 ราย เป็น ผู้ต้องขังทั้งหมด (ดังตารางที่ 1) เข้าได้กับนิยาม ผู้ป่วยสงสัย 196 ราย ผู้ป่วยยืนยัน 23 ราย อัตราป่วยร้อยละ 9.63 ไม่มีผู้เสียชีวิต ผู้ป่วยทุกรายได้รับยา Oseltamivir โดยมีผู้ป่วย 1 ราย อายุ 43 ปี เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมีประวัติโรคไทรอยด์ ผล X-ray สงสัยวัณโรคปอด ย้ายมาห้องแยกผู้ป่วยวัณโรคในวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2563 เริ่มป่วยวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2563 ด้วยอาการไข้ อ่อนเพลีย 38.5 องศาเซลเซียส หอบเหนื่อย เหนื่อย 2 ข้าง ได้รับยา Oseltamivir หลังจากนั้นถูกส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล วันที่ 16 มีนาคม 2563 แพทย์วินิจฉัย viral pneumonia with congestive heart failure ไม่ได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

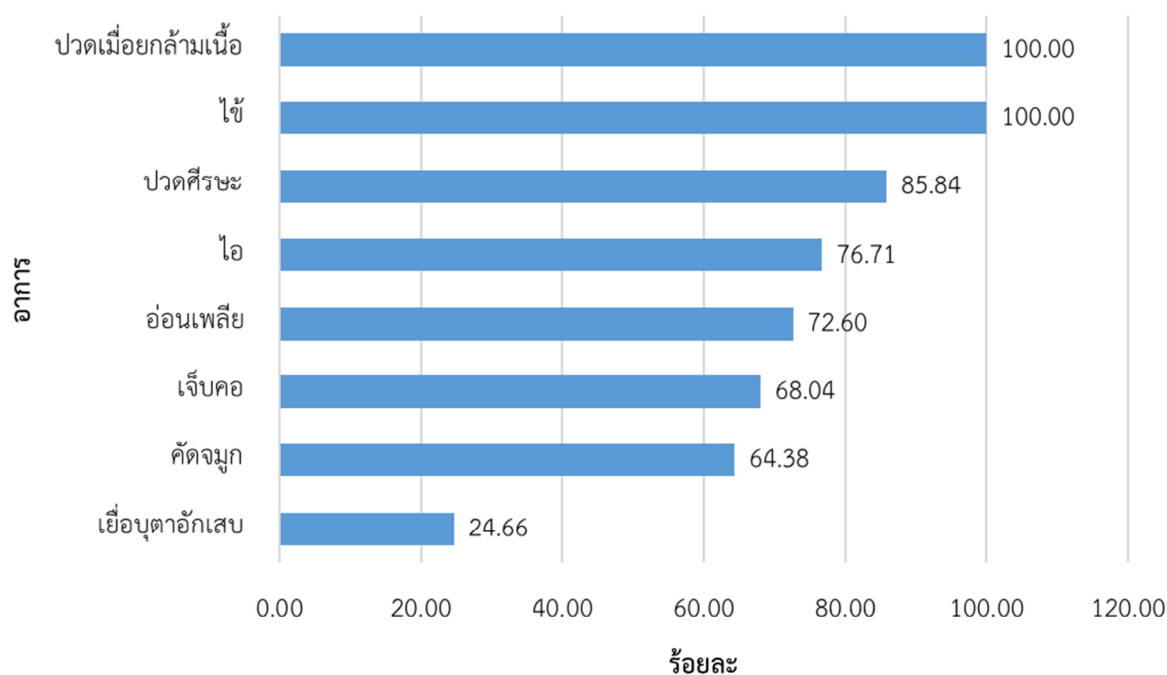
ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราป่วยโรคไข้วัดใหญ่ ของทัศนสถานแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประเภท	จำนวน	ผู้ป่วย	อัตราป่วย (ร้อยละ)
เจ้าหน้าที่	62	0	0
ผู้ต้องขัง	2,211	219	9.91
รวม	2,273	219	9.63

1.2.1 ลักษณะการกระจายของโรคตามบุคคล

ช่วงอายุที่มีอัตราป่วย (ร้อยละ) มากที่สุด 40-49 ปี อัตราป่วย (ร้อยละ) 13.04 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 50-59 ปี, 30-39 ปี, 10-19 ปี และ 30-39 ปี, อัตราป่วย (ร้อยละ) 10.96, 9.71, 8.77 และ 8.44 ตามลำดับ

ผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 32 ปี (พิสัยอายุ 18-56 ปี) โดยมีอาการป่วยที่พบมากที่สุด คือ ไข้ และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 100 รองลงมาคือปวดศีรษะ ไอ อ่อนเพลีย เจ็บคอ คัดจมูก เยื่อจมูกอักเสบ เท่ากับ 85.84, 76.71, 72.60, 68.04, 64.38, 24.66 ตามลำดับ (ดังรูปที่ 1)



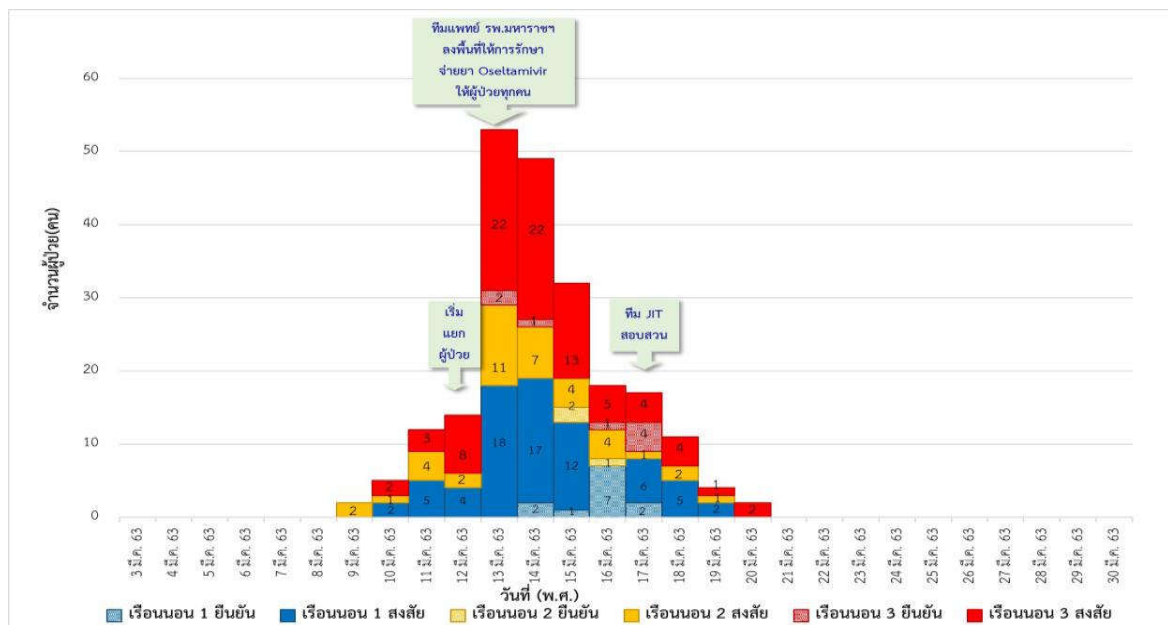
รูปที่ 1 ร้อยละของอาการและอาการแสดงผู้ป่วยไข้วัดใหญ่ของทัศนสถานแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=219)

1.2.2 ลักษณะการกระจายของโรคตามเวลา

ผู้ป่วย 2 รายแรกเป็นผู้ต้องขังที่เข้านิยามผู้ป่วยสงสัย (suspected case) เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2563 หลังจากนั้นเริ่มมีผู้ป่วยมากขึ้นในวันที่ 10-12 มีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 5, 12, 14 คน ตามลำดับ ซึ่งในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 ทณฑสถานเริ่มแยกผู้ป่วยออกจากผู้ต้องขังที่ไม่มีอาการป่วย ต่อมาในวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยมากที่สุดจำนวน 53 คน หลังจากนั้นวันที่ 14-20 มีนาคม พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยเริ่มลดลง 49, 32, 18, 17, 11, 4, 2 ตามลำดับ (ดังรูปที่ 2)

1.2.3 ลักษณะการกระจายของโรคตามสถานที่

ผู้ป่วย 2 รายแรก (เข้ามาอยู่ในเรือนจำ 2,7 เดือนแล้ว) เป็นผู้ต้องขังที่นอนในเรือนนอน 2 ห้อง 3 ซึ่งเป็นห้องนอนแรกรับของผู้ต้องขังที่เข้ามาใหม่โดยนอนรวมอยู่กับผู้ต้องขังรายเก่าหลังจากนั้นทัศนสถานแห่งนี้ก็เริ่มมีผู้ป่วยมากขึ้นและพบผู้ป่วยกระจายไปยังเรือนนอนทั้ง 3 แห่ง (ดังรูปที่ 2) โดยเรือนนอน/ห้องนอนที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ เรือนนอน 2 ห้อง 3 มีอัตราป่วยร้อยละ 41.67 รองลงมา เรือนนอน 1 ห้อง 8, เรือนนอน 1 ห้อง 7, เรือนนอน 1 ห้อง 3 อัตราป่วยร้อยละ 36.49, 26.39, 22.67 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยไขหวัดใหญ่จำแนกตามวันเริ่มป่วย ของทัศนสถานแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช ช่วงวันที่ 1-30 มีนาคม 2563 และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง (n=219)

ตารางที่ 2 อัตราป่วยไข้หวัดใหญ่จำแนกตามเรือนนอน/ห้องนอน ของทัณฑสถานแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เรือนนอน/ห้องนอน	จำนวนผู้ต้องขัง (n = 2,211)	จำนวนผู้ป่วย (n = 219)	อัตราป่วย (ร้อยละ)
เรือนนอน 1	589	83	14.09
ห้อง 1	73	1	1.37
ห้อง 2	74	0	0.00
ห้อง 3	75	17	22.67
ห้อง 4	71	2	2.82
ห้อง 5	75	2	2.67
ห้อง 6	76	15	19.74
ห้อง 7	72	19	26.39
ห้อง 8	74	27	36.49
เรือนนอน 2	438	42	9.59
ห้อง 1	71	1	1.41
ห้อง 2	76	1	1.32
ห้อง 3	70	30	42.86
ห้อง 4	75	6	8.00
ห้อง 5	74	3	4.05
ห้อง 6	70	1	1.43
เรือนนอน 3	1184	94	7.94
ห้อง 1	150	0	0.00
ห้อง 2	147	12	8.16
ห้อง 3	150	14	9.33
ห้อง 4	149	7	4.70
ห้อง 5	146	11	7.53
ห้อง 6	149	0	0.00
ห้อง 7	145	17	11.72
ห้อง 8	149	33	22.15

2. ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

ส่งตรวจ RT-PCR เพื่อหาสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ จำนวน 33 ราย ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ผลการตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด

A/H1N1 (2009) 23 ราย คิดเป็นสัดส่วนของการตรวจพบเชื้อร้อยละ 69.70 โดยสิ่งส่งตรวจที่มีอัตราการตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่สูงคือ สิ่งส่งตรวจที่เก็บใน 0-1 วัน หลังจากเริ่มป่วย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 รายละเอียดการเก็บสิ่งส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 (2009) ของทัณฑสถานแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จำนวนวันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ หลังจากวันเริ่มป่วย	จำนวนตัวอย่างที่ส่ง (n= 33)	ตัวอย่างที่พบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่	
		จำนวน (n= 23)	ร้อยละ
0-1 วัน	20	16	80.00
2-3 วัน	10	5	50.00
4-5 วัน	3	2	66.67

3. ผลการศึกษาทางสิ่งแวดล้อม

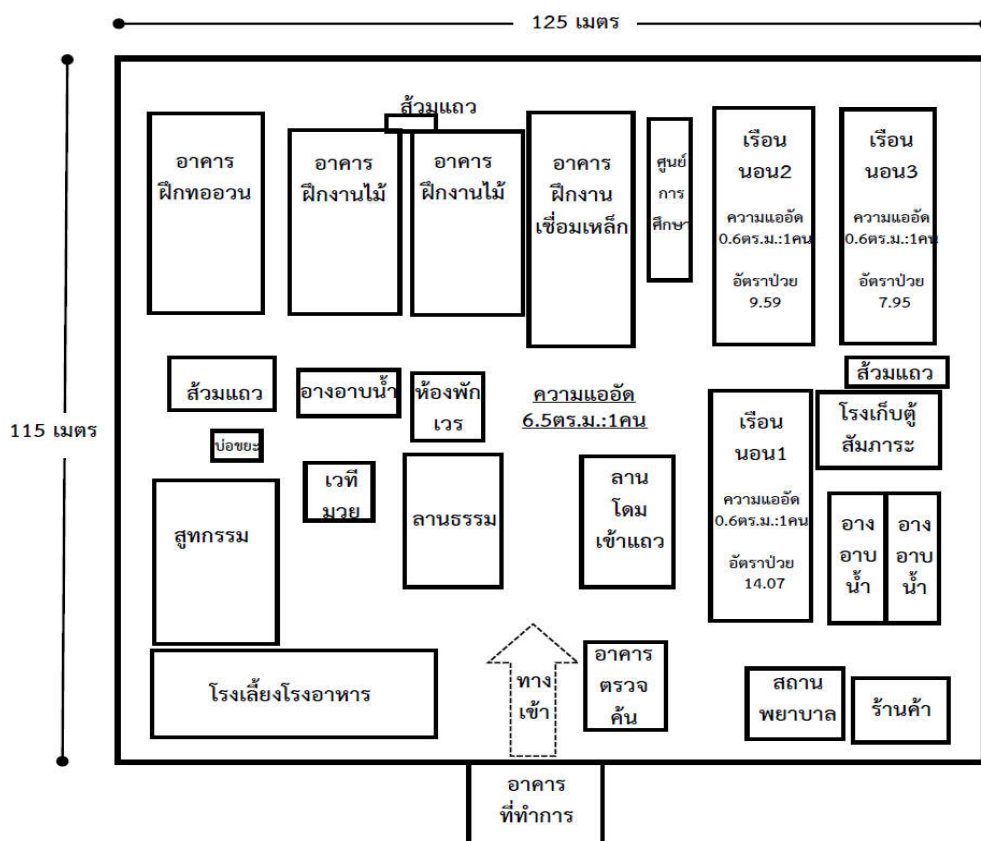
3.1 การสำรวจสิ่งแวดล้อม

ทัณฑสถานแห่งนี้ มีเฉพาะผู้ต้องขังชาย แดนขังมีเพียง 1 แดน ข้อมูล ณ วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ต้องขัง จำนวน 2,211 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งหมด 62 คน (ชาย 58 คน หญิง 4 คน) ขนาดพื้นที่แดนขังภายใน กว้าง 115 เมตร X ยาว 125 เมตร (14,375 ตารางเมตร) อาคารสถานที่ภายในแดนขังประกอบด้วย อาคารที่ทำการ, อาคารฝึกอาชีพ (ทออวน งานไม้ งานเชื่อมเหล็ก) , ศูนย์การศึกษา (กศน.) , ร้านค้าสวัสดิการ, แผนกสุทกรรม, โรงเลี้ยง, เรือนนอน 3 อาคาร (เรือนนอน 1-3), อาคารตรวจค้น, สถานพยาบาล, ลานธรรม, เวทีมวย, อ่างน้ำผู้ต้องขัง 3 จุด, ลานโดมเข้าแถว, สวมแถว, บ่อขยะ, ห้องพักเวร (รูปที่ 3)

3.2 การศึกษาความเป็นอยู่และกิจกรรมที่ทำร่วมกันความแออัดภายในแดนขัง 6.5 ตารางเมตร ต่อ 1 คน (ไม่คิดพื้นที่ของอาคาร สิ่งก่อสร้าง) เรือนนอน ประกอบด้วย 3 เรือนนอนได้แก่เรือนนอน 1 เป็นอาคารปูน 2 ชั้น ใช้เฉพาะชั้นบนเป็นห้องนอน ด้านล่างเป็นใต้ถุนโล่ง มีทั้งหมด 8 ห้อง ผู้ต้องขังนอนพัก 590 คน ความแออัด 0.68 ตารางเมตร : 1 คน เรือนนอน 2 เป็นอาคารปูน 2 ชั้น ใช้

เฉพาะชั้นบนเป็นห้องนอน มีทั้งหมด 6 ห้อง ผู้ต้องขังนอนพัก 438 คน ความแออัด 0.68 ตารางเมตร : 1 คนโดยห้อง 3 จะเป็นห้องแรกสำหรับผู้ต้องขังนักโทษใหม่ซึ่งนอนรวมกับผู้ต้องขังรายเก่าเรือนนอน 3 เป็นอาคารปูน 2 ชั้น ชั้นบนและล่างเป็นห้องนอน มีทั้งหมด 8 ห้อง ผู้ต้องขังนอนพัก 1,183 คน ความแออัด 0.68 ตารางเมตร : 1 คน

สถานพยาบาล ประกอบด้วย ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อมีโรค ห้องแยกผู้ป่วยทั่วไปมีเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ 2 คน (ปฏิบัติหน้าที่เวรละ 1 คน) อ่างอาบน้ำเป็นลักษณะแถวยาว ใช้ขันตักน้ำอาบจุดน้ำดื่ม มีก๊อกน้ำดื่ม แบ่งเวลารับประทานอาหารมื้อละ 2 รอบ ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ใช้แก้วน้ำร่วมกันช้อนตักอาหาร ผู้ต้องขังมีเป็นของตนเองแต่บางคนมีการใช้ช้อนตักอาหารร่วมกัน การเยี่ยมญาติ ใช้วิธีพูดคุยผ่านโทรศัพท์ที่ห้องเยี่ยม ผู้ต้องขังใหม่ประมาณวันละ 8-20 คน มีการวัดไข้และตรวจร่างกายก่อนเข้าทัณฑสถานห้องส้วมมี 32 ห้อง ลักษณะเป็นส้วมซึม ก่ออิฐกันสูง 50 เซนติเมตร การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ครั้งสุดท้ายในกลุ่มเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 มีผู้ต้องขัง กองงานทำความสะอาดภายนอก, กองงานเลี้ยงสัตว์ ที่เข้า-ออก ภายนอกแดนขัง



รูปที่ 3 แผนผังแสดงที่ตั้งต่างๆ ของอาคารในเรือนจำ พร้อมแสดงอัตราป่วย และความแออัดของแต่ละเรือนนอนของทัณฑสถานแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4. ผลการศึกษาระบบนิเวศวิทยาเชิงวิเคราะห์

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย 219 คน กลุ่มไม่ป่วย 559 คน เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ระหว่างวันที่ 1-30 มีนาคมพ.ศ. 2563 จากการวิเคราะห์แบบ univariate analysis โดยใช้ Odd's ratio และ 95% CI เพื่อหาปัจจัยเสี่ยง พบว่าการมีคนในห้องนอนเดียวกันป่วย, มีผู้อื่นไอ จามใส่ในระยะใกล้ชิด, ใช้แก้วน้ำเดียวกับผู้อื่นใกล้ชิด, ใช้ช้อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น และการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในปีที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการป่วย

ด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ (ดังตารางที่ 4) เมื่อวิเคราะห์ Unconditional multiple logistic regression วิเคราะห์ความเสี่ยงแบบหลายตัวแปรเพื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรกวน พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ (ดังตาราง3) ได้แก่ มีคนในห้องนอนเดียวกันป่วย (adj OR = 9.6295% CI = 5.92–15.63), มีผู้อื่นไอจามใส่ในระยะใกล้ชิด (adj OR = 5.3095% CI = 3.49–8.05), ใช้แก้วน้ำเดียวกับผู้อื่น (adj OR = 2.3595% CI = 1.48–3.71), ใช้ช้อนร่วมกับผู้อื่น (adj OR 2.1195% CI = 1.25–3.55) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ ของทัศนสถานแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยง	กลุ่มป่วย (n = 219)		กลุ่มควบคุม (n = 559)		Odd's Ratio	95% CI	p-value
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี			
มีคนในห้องนอนเดียวกันป่วย	195	24	196	363	15.04	9.51–23.79	<0.001
มีผู้อื่นไอจามใส่ในระยะใกล้ชิด	126	93	78	481	8.35	5.83–11.96	<0.001
ปีที่ผ่านมาได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	174	45	376	183	0.53	0.36–0.77	0.001
ใช้แก้วน้ำเดียวกับผู้อื่น	181	38	284	275	4.61	3.13–6.79	<0.001
ใช้ช้อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	57	162	60	499	2.92	1.95–4.38	<0.001
มีญาติมาเยี่ยมและญาติป่วยเป็นไข้	8	211	10	549	2.35	0.94–5.87	0.067

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม Unconditional multiple logistic regression(n = 778)

ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยง	Adjusted Odd's Ratio	95% CI	p-value
มีคนในห้องนอนเดียวกันป่วย	9.62	5.92–15.63	<0.001
มีผู้อื่นไอจามใส่ในระยะใกล้ชิด	5.30	3.49–8.05	<0.001
ปีที่ผ่านมาได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	0.64	0.40–1.02	0.064
ใช้แก้วน้ำเดียวกับผู้อื่น	2.35	1.48–3.71	<0.001
ใช้ช้อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	2.11	1.25–3.55	0.005

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค

ทำการแยกผู้ต้องขังที่มีอาการสงสัยไข้หวัดใหญ่ไว้ในเรือนนอนเดียวกัน และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการติดเชื้อจ่ายยา Oseltamivir ให้กับผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทุกราย ให้ความรู้เรื่องโรค และการป้องกันโรคกับเจ้าหน้าที่ และผู้ต้องขัง เน้นย้ำมาตรการควบคุมโรคให้ผู้ต้องขังมีข้อ

แ้วน้ำประจำตัวหากมีผู้ป่วยรายใหม่ ให้แยกผู้ป่วยมาอยู่ในเรือนนอนที่จัดไว้ทันที ควรกักตัวอย่างน้อย 7 วันหรือจนกว่าอาการจะหายดีจัดทำทะเบียนผู้ป่วยและบันทึกการจ่ายยา รวมทั้งการจ่ายยาให้ครบถ้วนเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา เฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่โดยการตรวจวัดอุณหภูมิผู้ต้องขัง และเจ้าหน้าที่เรือนจำทุกวันจัดหาหน้ากากอนามัย ให้เจ้าหน้าที่ทัศนสถาน และผู้ต้องขังได้สวมใส่

วิจารณ์

การแพร่กระจายของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A/H1N1 (2009) ครั้งนี้เริ่มจากผู้ป่วยกลุ่มแรกจำนวน 2 ราย เป็นผู้ต้องขังที่นอนในเรือนนอน 2 ห้อง 3 ซึ่งเป็นห้องนอนแรกรับของผู้ต้องขังที่เข้ามาอยู่ใหม่โดยนอนรวมอยู่กับผู้ต้องขังรายเก่า แต่ผู้ป่วย 2 รายนี้เป็นผู้ต้องขังที่เข้ามาอยู่ทัณฑสถานแห่งนี้ 2 และ 7 เดือนแล้ว ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้อาจจะได้รับเชื้อมาจากผู้ต้องขังรายใหม่ หรือเจ้าหน้าที่ของเรือนจำที่ไม่แสดงอาการหรือแสดงอาการเพียงเล็กน้อย ทำให้ไม่เข้านิยามผู้ป่วยในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการสามารถปล่อยละอองฝอยที่มีไวรัสได้^(2,3,4) สอดคล้องกับการสอบสวนโรคของ อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และคณะ การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A/H1N1 (2009) ในเรือนจำกลางจังหวัดสระบุรี เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552⁽⁵⁾ ซึ่งพบผู้ป่วยรายแรกตามนิยาม แต่เมื่อดูวันที่เริ่มป่วยและกิจวัตรประจำวันสรุปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำดังนั้นผู้ต้องขังรายใหม่ทุกราย ควรได้รับการแยกจากผู้ต้องขังรายเก่าอย่างน้อย 7 วัน และ ต้องคัดกรองอาการป่วยของเจ้าหน้าที่ทัณฑสถานก่อนเข้าปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่ในทัณฑสถานครั้งนี้คือ การมีคนในห้องนอนเดียวกันป่วย, มีผู้อื่นไอจามใส่ในระยะใกล้ชิด, การใช้แก้วน้ำร่วมกัน, การใช้ช้อนร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ที่พบว่าการอยู่ใกล้ชิด การสัมผัส และคลุกคลีใกล้ชิดผู้ป่วยทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย⁽⁶⁾ ห้องนอนแต่ละห้องมีจำนวนผู้ต้องขังหนาแน่นโดยต้องนอนใกล้ชิดใกล้ ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับน้ำมูกหรือน้ำลายของผู้ป่วยที่อยู่ใกล้เมื่อเกิดการไอหรือจามรดกันจึงแพร่ไปยังผู้อื่นได้ง่าย นอกจากนี้การที่ทัณฑสถานแห่งนี้มีแดนขังแค่แดนเดียว มีผู้ต้องขังจำนวนมากอยู่ร่วมกันด้วยความแออัด กลางวันทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน และการมีอนามัยส่วนบุคคลของผู้ต้องขังที่ไม่ดี ส่งผลให้มีผู้ป่วยจำนวนมาก และกระจายไปทุกเรือนนอนใน

ระยะเวลาที่รวดเร็ว ภายใต้ข้อจำกัดเหล่านี้ ระบบเฝ้าระวังที่ดีของทัณฑสถาน การแยกผู้ต้องขังที่ป่วย, การแยกผู้ต้องขังรายใหม่ในพื้นที่ที่ไม่ปะปนกับรายเก่าอย่างน้อย 7 วัน, การคัดกรองอาการป่วยบุคคลที่เข้ามาในแดนขังทุกราย, การทำความสะอาดสถานที่ การล้างมือ และการให้ยา Oseltamivir เป็นสิ่งจำเป็น

สรุป

พบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A/H1N1 (2009) ที่ทัณฑสถานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 9-20 มีนาคม 2563 พบผู้ป่วยเป็นผู้ต้องขังทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยสงสัย (suspected case) 196 ราย ผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) 23 ราย รวมทั้งสิ้น 219 ราย อัตราป่วยร้อยละ 9.63 ไม่มีผู้เสียชีวิต โดยพบผู้ป่วยกลุ่มแรกจำนวน 2 ราย เป็นผู้ต้องขังที่นอนในเรือนนอน 2 ห้อง 3 ซึ่งเป็นห้องนอนแรกรับของผู้ต้องขังที่เข้ามาอยู่ใหม่โดยนอนรวมอยู่กับผู้ต้องขังรายเก่า หลังจากนั้นพบผู้ป่วยกระจายไปยังเรือนนอนทั้ง 3 แห่ง อาการป่วยมากที่สุด คือ ไข้ และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 100 รองลงมาปวดศีรษะ ไอ อ่อนเพลีย เจ็บคอ คัดจมูก เยื่อบุตาอักเสบ เท่ากับ 85.84, 76.71, 72.60, 68.04, 64.38, 24.66 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วย ได้แก่ มีคนในห้องนอนเดียวกันป่วยมีผู้อื่นไอจามใส่ในระยะใกล้ชิดใช้แก้วน้ำเดียวกับผู้อื่นใช้ช้อนร่วมกับผู้อื่นควรดำเนินการแยกผู้ต้องขังรายใหม่ในพื้นที่ที่ไม่ปะปนกับรายเก่าอย่างน้อย 7 วัน คัดกรองและแยกผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว แยกช้อนแก้วน้ำ เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่

ข้อเสนอแนะ(Recommendations)

1. ดำเนินการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ในทัณฑสถานอย่างเคร่งครัดแยกผู้ต้องขังรายใหม่ออกจากผู้ต้องขังรายเก่าอย่างน้อย 7 วัน คัดกรองอาการไข้ของเจ้าหน้าที่ทัณฑสถาน บุคคลภายนอก และผู้ต้องขัง ทุกครั้งก่อนเข้าแดนคุมขังอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หากพบมีอาการเข้าข่ายผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่

ใหญ่ให้ตักเข้าแดนซัง หรือหยุดปฏิบัติงาน

2. ปรับปรุงอนามัยส่วนบุคคลของผู้ต้องซัง และ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น กำหนดให้ผู้ต้องซังใช้ช้อนและแก้วน้ำของตนเอง มีการล้างมือที่บ่อยครั้ง การทำความสะอาดสถานที่ ลูกบิดประตู โต๊ะอาหารโทรศัพท์ห้องเยี่ยมญาติ ด้วยน้ำผงซักฟอกวันละ 2 ครั้ง

3. จัดให้มีเจล ล้างมือ หน้ากากอนามัย แก้วน้ำให้ผู้ต้องซัง

ข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

1. การเข้าไปสอบสวนโรคพื้นที่แดนคุมขัง เป็นพื้นที่ที่ต้องรักษาความปลอดภัยสูง ต้องแจ้งให้ทางทัณฑสถานทราบล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อม โดยเข้าไปได้เฉพาะช่วงเวลา 09.00 น. – 15.30 น. ไม่สามารถดูสิ่งแวดล้อมได้ละเอียดมากนักต้องใช้วิธีสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่เพิ่มเติม และอยู่ในพื้นที่ที่ทางเจ้าหน้าที่ทัณฑสถานกำหนดเท่านั้นและไม่สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้

2. เนื่องจากเจ้าหน้าที่พยาบาลมีภาระงานมากทำให้การลงข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยสถานพยาบาลในแดนซังบางข้อมูลที่จำเป็นต่อการ

สอบสวนโรคไม่ครบถ้วน เช่น อุณหภูมิร่างกายบางรายระบุแค่มิใช่

3. ผู้ต้องซังบางส่วนไม่ยอมให้ซักประวัติเนื่องจากกลัวจะต้องไปอยู่ห้องแยกโรค ทำให้การค้นหาผู้ป่วย ได้ไม่ครอบคลุม

4. เจ้าหน้าที่ทัณฑสถานเป็นคนสุ่มกลุ่ม control ให้ โดยไม่เปิดเผยว่าใช้วิธีไหนในการเลือกแต่อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ทัณฑสถานได้ทำการสุ่ม control ทุกห้อง ห้องละเท่าๆ กันโดยเฉลี่ย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ ทัณฑสถานวัยหนุ่ม อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช , โรงพยาบาลปากพนัง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณ พญ.พนัสนิย์ ธิติชัย ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ดาริกา กิ่งเนตร, วรยา เหลืองอ่อน และอัจฉรา วรารักษ์. คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009สำหรับบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2553
2. อภิญา นิรมิตสันติพงศ์ และคณะ. การระบาดของไข้หวัดใหญ่ชนิดบีในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดสุโขทัย เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2550 : รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. กรมควบคุมโรค 2553;18:273-8.
3. Patrozou E, Mermel LA. Does influenza transmission occur from asymptomatic infection or prior to symptom onset?. Public Health Rep. 2009;124(2):193-6
4. Gu Y, Komiya N, Kamiya H, Yasui Y, Taniguchi K, and Okabe N. Pandemic (H1N1) 2009 Transmission during Presymptomatic Phase, Japan. Emerg Infect Dis 2011; 17(9): 1737-9.

5. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และคณะการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009 ในเรือนจำกลางจังหวัดสระบุรี เดือนสิงหาคม 2552 : รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์.กรมควบคุมโรค 2553;18:853-7.
6. ธัญญา สุทวงศ์ และคณะ. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 ในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2561 : รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์.กรมควบคุมโรค 2562;23:341-9.

ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีศึกษา : อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

วรรณิ เจตะวัฒนะ พย.บ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาหม่อม

บทคัดย่อ

บทนำ: การบาดเจ็บและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่นภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Arrest) ภาวะสมองขาดเลือด(Stroke) และภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมรวมทั้งอุบัติเหตุต่างๆ ฯลฯ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าวให้มีการให้บริการในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานบริการโดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ แต่จากข้อมูลของโรงพยาบาลนาหม่อมที่ผ่านมาผู้ป่วยดังกล่าวมารับบริการด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนน้อย เหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาสาเหตุที่ทำให้การสื่อสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนไม่เป็นที่แพร่หลายโดยเน้นที่บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้เป็นผู้เผยแพร่และสื่อสารข้อมูลแก่ให้ประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วัสดุและวิธีการศึกษา: ประชากรคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอนาหม่อมคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครชีและมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง 205 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีอัลฟาของครอนบาค เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2562 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ ได้แก่ ทาค่า T- test และ F-test

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับปานกลาง(ร้อยละ 88) และมีทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 59) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($p>.05$) ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สรุป: จากการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีทัศนคติที่ดีทำให้มีความพร้อมในการดูแลชุมชนเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ยังขาดความรู้บางส่วนจึงควรมีการส่งเสริมด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้เกิดความมั่นใจในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ ทัศนคติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

Attitude of Village Health Volunteer about Emergency Medical Service

Case study : Namomdistric, Songkhla Province

Wannee Jatawatana

Namom Hospital, Songkhla Province

Abstract

Background: Injuries and emergency illnesses such as cardiac arrest, ischemic stroke and obstetric emergencies, including accidents, etc. are the leading causes of premature death. As mentioned above, there is a service for transferring patients to a service facility by skilled persons, but according to the past data from Namom Hospital, such patients come to receive services with less emergency medical systems. This made the researcher interested to study the why communication about the emergency medical service system to the public is not widespread. focusing on community health workers, namely village health volunteers, to distribute and communicate information to the public. People in the community

Objective: This research aims to study Village Health Volunteers' attitudes toward the system of Emergency Medical Service.

Materials and Methods: The population of Village Health Volunteers in Namom. Sample group using Krejcie and Morgan tablerandomized by simple random sampling. The questionnaire was divided into three sections which were proofread by an expert and its reliability was tested by using Cronbach's alpha. The data were collected from the 1st September 2019 to the 31st October 2019. The data were analyzed by using the descriptive statistics. The statistical analyses of T-test and F-test were used.

Results: The research outcome showed that the Village Health Volunteers had medium knowledge as (80%) related to the Emergency Medical Service. Their attitude related to the Emergency Medical Service was at good level (59%). In terms of the relationship between individuals and the Emergency Medical Service, ages, occupations, and work experiences did not influence the volunteers' attitude and knowledge toward the Emergency Medical Service ($P > .05$) while their educational had the impact on their knowledge on the service as statistical significance of ($P < .05$).

Conclusion: Based on the research, the Village Health Volunteers were well prepared to take care of their communities related to the Emergency Medical Service. However, they still lacked knowledge and skills. If their knowledge and skills are enhanced, they will increase their confidence to continue serving their own communities.

Keywords: knowledge, attitude, village health volunteer, emergency medical service

บทนำ

การบาดเจ็บและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Arrest) ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น เหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร^(1,2) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการรักษาที่รวดเร็วและเร่งด่วนเพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตหรือลดความพิการอันส่งผลต่อการดำรงชีวิต^(3,4) ดังนั้นเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าว จึงได้มีการให้บริการในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานบริการโดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเกิดขึ้น จากข้อมูลของ สผ.ปี พ.ศ. 2559 พบว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ทำให้หาย เนื่องจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินยังน้อย อยู่ระหว่างร้อยละ 10 – 20^(5,6)

โรงพยาบาลนาหม่อมเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีพื้นที่รับผิดชอบ 4 ตำบล ประชากรในเขตพื้นที่ประมาณ 20,660 คน⁽⁷⁾ มีเครือข่ายระบบบริการฉุกเฉิน 4 แห่ง มีการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นรูปแบบที่แน่นอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งนอกจากการให้บริการในหน่วยงานแล้วยังมีระบบการประชาสัมพันธ์ในชุมชนทั้งเสียงตามสายและป้ายโฆษณาต่าง ๆ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ประชาชนโดยแยกเป็นกลุ่ม เช่น ผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งมีการออกเสียงตามสายเพื่อให้ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลได้รับความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์การใช้บริการให้แพร่หลายและ

ทั่วถึงมากยิ่งขึ้นแต่จากการเก็บข้อมูลผู้มารับบริการของของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ผู้มารับบริการในแผนกที่มีการนำส่งโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์เท่าที่ควรกล่าวคือผู้ป่วยวิกฤตที่มาด้วยรถฉุกเฉินส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ในขณะที่ผู้ป่วยวิกฤตจากโรคอื่น เช่น ภาวะฉุกเฉินจากโรคระบบหัวใจและสมอง ภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะน้ำตาลสูง น้ำตาลต่ำ เป็นต้น อาการเหล่านี้มักมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโดยการนำส่งของญาติ⁽⁷⁾ ในขณะที่มีผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งไม่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจำนวนมากซึ่งผู้รับบริการและญาติที่มาด้วยอาการฉุกเฉินไม่ได้เรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากบางรายให้ข้อมูลว่าไม่ทราบว่าต้องติดต่ออย่างไร บางรายรอญาติเพราะไม่ทราบว่ามีการบริการ เป็นต้น ทำให้ระยะการได้รับการดูแลจากแพทย์ของ ผู้ป่วย ช้าลง โอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูงขึ้นเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความรู้ทักษะและทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้สามารถเป็นผู้เผยแพร่และสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

วัสดุและวิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอนาหม่อมจังหวัดสงขลา จำนวนทั้งหมด 443 คนที่คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครชีและมอร์แกน⁽⁸⁾ ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากลำดับที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านแต่ละตำบล จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเข้าคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาและผ่านการพิจารณาเมื่อ วันที่ 5 พฤศจิกายนพ.ศ. 2562 หมายเลขรับรอง 3/2563
2. ผู้วิจัยประสานงานไปยังสาธารณสุขอำเภอนาหม่อมเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย
3. ผู้วิจัยและคณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการลงพื้นที่พบปะกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองในเดือน กันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งจะมีการประชุม อสม.ทุกสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนซึ่งในการประชุมผู้วิจัยและคณะมีตารางการสอนช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้นแก่อาสาสมัครอยู่แล้วจึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี
4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและใบเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในที่ประชุม โดยได้อธิบายการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับการตรวจสอบและเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญนำมาแก้ไขปรับปรุงหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ได้ค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามความรู้ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่ากับ 0.952

แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่ากับ 0.980

โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะการตอบคำถามแบบ 2 ตัวเลือก กัตต์แมน (Guttman Scale or Cumulative Scale)⁽⁹⁾ คือ ใช่และไม่ใช่ จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดระดับคะแนนสำหรับคำตอบจากแบบสอบถาม ซึ่งมีเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับตามเกณฑ์ของลิเคิร์ต⁽¹⁰⁾

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ค่าร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง

ปัจจัยส่วนบุคคลกับทัศนคติต่อระบบบริการ
การแพทย์โดยใช้โดยหาค่าทดสอบที (t - test) ทดสอบ
เอฟ (F-test)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ตอน
ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิงจำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 94
เพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ส่วน
ใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 95 คน คิดเป็น

ร้อยละ 47.5มีการศึกษาระดับประถมศึกษา
ตอนต้น (หรือเทียบเท่า) มีจำนวน 72 คน คิดเป็น
ร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มี
จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลา
การปฏิบัติหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานในหน้าที่มาแล้ว 11-20
ปี จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 38

ตอนที่ 2 คะแนน ความรู้และทัศนคติต่อ
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระดับ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (>11)	14	7
ระดับปานกลาง (8-11)	176	88
ระดับน้อย (<8)	10	5
รวม	200	100

ตารางที่ 2 แสดงคะแนน ความรู้ ร้อยละ ของความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัคร
สาธารณสุขหมู่บ้านรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ตอบถูก		ตอบผิด	
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
1. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมุ่งให้บริการผู้บาดเจ็บจาก อุบัติเหตุจราจร	111	55.5	89	44.5
2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมุ่งให้บริการผู้บาดเจ็บจาก อุบัติเหตุและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน	190	95	10	5
3. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไข ปัญหาการตายเท่านั้น	164	82	36	18
4. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการของโรงพยาบาลเท่านั้น	128	64	72	36
5. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแล ของแพทย์	112	56	88	44
6. โรงพยาบาลในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ท่านรู้จัก คือ โรงพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ออกไปให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ	18	9	182	91

ตารางที่ 2 คะแนน ร้อยละ ของความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านรายข้อ (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ตอบถูก		ตอบผิด	
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
7. หมายเลข 1669 คือหมายเลขที่ใช้เรียกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	198	99	2	1
8. การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น	195	97.5	5	2.5
9. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง	199	99.5	1	0.5
10. การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า	197	98.5	3	1.5
11. สิ่งแรกที่ต้องตรวจสอบเมื่อพบผู้ป่วยฉุกเฉินคือดูว่ารู้สึกตัวหรือไม่	196	98	4	2
12. วิธีตรวจสอบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินว่าหายใจหรือไม่นั้นคือการเขย่าให้รู้สึกตัวแล้วกดตรงกระดูกกลางหน้าอก	79	39.5	121	60.5
13. วิธีเปิดทางเดินหายใจที่ใช้ได้กับผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุกับกระดูกสันหลัง คือ การกดหน้าผากและดันคาง	97	48.5	103	51.5
14. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบฉุกเฉิน ต้องจัดผู้ป่วยตามแนวยาวของลำตัวเพื่อป้องกันอันตรายต่อไขสันหลัง	187	93.5	13	6.5
จากตารางที่ 1 และ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ความรู้ เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 88)				
จากตารางที่ 1 และ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ความรู้ เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 88)				
ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อ พบว่าความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนนระดับปานกลางโดยมีข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ตามลำดับ				
3 ข้อแรกคือ ข้อที่ 9 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง(ร้อยละ 99.5) รองลงมาคือข้อที่ 7 หมายเลข 1669 คือหมายเลขที่ใช้เรียกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ร้อยละ 99)และ ข้อที่ 10 การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (98.5)ตามลำดับ ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 6 รถพยาบาลในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ท่านรู้จัก คือ รถพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ออกไปให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ (ร้อยละ 9) รองลงมาคือ ข้อ 12 วิธีตรวจสอบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินว่าหายใจหรือไม่นั้นคือการเขย่าให้รู้สึกตัวแล้วกดตรงกระดูกกลางหน้าอก (ร้อยละ 39.5) และข้อ 13 วิธีเปิดทางเดินหายใจที่ใช้ได้กับผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุกับกระดูกสันหลัง คือ การกดหน้าผากและดันคาง (ร้อยละ 48.5) ตามลำดับ				

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดีที่สุด (4.50-5.00)	3	1.5
ระดับดี (3.50-4.49)	118	59
ระดับปานกลาง (2.50-3.49)	89	39.5
ระดับน้อย (1.50-2.49)	0	0
ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49)	0	0

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านรายข้อ (n = 200)

ทัศนคติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้อง รวดเร็วช่วยเหลือถูกวิธีและนำส่งได้ถูกที่	4.31	.739	ดี
2. อสม.ควรสามารถให้การปฐมพยาบาลหรือช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ถูกวิธี	4.01	.850	ดี
3. อสม.ควรสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถูกวิธีและไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บแก่ผู้ป่วยเพิ่ม	3.91	.914	ดี
4. ท่านกลัวว่าการช่วยเหลือของท่านจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินบาดเจ็บมากกว่าเดิม	3.60	.945	ดี
5. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.15	.716	ดี
6. ท่านไม่กล้าให้การปฐมพยาบาลหรือช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพราะกลัวว่าไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะช่วยเหลือ	3.42	.958	ปานกลาง
7. ท่านรู้สึกเสียเวลาในการทำงานเมื่อต้องเข้าร่วมการอบรม ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	2.22	1.165	น้อย
8. ท่านรู้สึกยินดีที่ได้มีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่นของตน	4.14	.766	ดี
9. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับความชื่นชมจากผู้ป่วยและญาติที่ท่านได้ช่วยเหลือ	3.89	.866	ดี
10. ท่านรู้สึกอึดอัดลำบากใจทุกครั้งที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือญาติผู้ป่วยฉุกเฉินมาขอความช่วยเหลือ	2.32	1.193	น้อย
11. ท่านรู้สึกไม่ชอบที่จะต้องฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น	2.30	1.134	น้อย

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านรายข้อ (n = 200) (ต่อ)

ทัศนคติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
12. ท่านรู้สึกภูมิใจเมื่อเห็นว่าเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับ อสม.เลือกที่จะให้ อสม. เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.00	1.027	ดี
13. ถ้าเป็นไปได้ท่านจะหลีกเลี่ยงการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเพราะท่านไม่มั่นใจในการช่วยเหลือ	2.75	1.172	ปานกลาง
14. เมื่อคนในท้องถิ่นขอความช่วยเหลือท่านเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ท่านจะช่วยเหลืออย่างเต็มกำลังเสมอ	4.21	.691	ดี
15. ถ้ามีโอกาสที่จะอธิบายความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน ท่านจะอธิบายให้แก่ประชาชนเสมอ	3.91	.892	ดี
16. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ในปัจจุบันได้มาตรฐาน	3.98	.712	ดี
รวม	3.57	.366	ดี

จากตารางที่ 3 และ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวม เฉลี่ยคะแนนระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.57) โดยทัศนคติที่น้อยคือ อสม.ไม่เห็นด้วยมีทั้งหมด 3 ข้อ คือ ข้อที่ 7. ท่านรู้สึกเสียเวลาในการทำงานเมื่อ

ต้องเข้าร่วมการอบรม ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X}$ = 2.22 SD=1.16) ข้อ 10.ท่านรู้สึกอึดอัดลำบากใจทุกครั้งที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือญาติผู้ป่วยฉุกเฉินมาขอความช่วยเหลือ ($\bar{X}$ = 2.32 SD=1.19) และข้อ 11. ท่านรู้สึกไม่ชอบที่จะต้องฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น ($\bar{X}$ = 2.30 SD=1.13)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัย	ความรู้		t	ทัศนคติ		t
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
เพศ						
ชาย	9.33	1.23		3.56	.31	
หญิง	9.64	1.29	.42	3.57	.37	.37

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)

ปัจจัย		ความรู้		F	ทัศนคติ		F
		$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
อายุ	น้อยกว่า 40 ปี	9.65	1.53	.905	3.60	0.20	.059
	40-50 ปี	9.56	1.21		3.50	0.39	
	50 ปีขึ้นไป	9.63	1.30		3.62	0.36	
การศึกษาประถม		9.42	1.19	.018*	3.5	.36	.085
	มัธยมต้น	9.89	1.39		3.7	.40	
	มัธยมปลาย	9.94	1.25		3.5	.34	
	ปริญญาตรี	9.22	1.30		3.6	.32	
ประสบการณ์	น้อยกว่า 5 ปี	9.91	1.34	.185	3.58	.30	.721
	5-10 ปี	9.33	1.28		3.52	.36	
	11-20 ปี	9.65	1.16		3.60	.39	
	20 ปีขึ้นไป	9.51	1.44		3.53	.38	
อาชีพค้าขาย		9.41	1.32	.588	3.51	.36	.96
	เกษตรกร	9.63	1.32		3.58	.38	
	รับจ้าง	9.66	1.04		3.58	.32	
	อื่นๆ	10.14	1.34		3.54	.13	

* $p < .05$

เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศ อายุ อาชีพ และประสบการณ์ทำงานต่างก็มีความรู้และทัศนคติต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างก็มีความรู้ต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีทัศนคติต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน

วิจารณ์

ผลการศึกษาวิจัยเรื่อง ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรณีศึกษา : อำเภอ นาม่อม จังหวัดสงขลาสรุปผลได้ดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 94 เพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (หรือเทียบเท่า) มีจำนวน 72 คน คิดเป็น

ร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มีจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานในหน้าที่มาแล้ว 11-20 ปี จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 38

2. ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นรายข้อ พบว่าความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนนระดับปานกลางโดยมีข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ตามลำดับ 3 ข้อแรกคือ ข้อที่ 9 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 99.5) รองลงมาคือข้อที่ 7 หมายเลข 1669 คือหมายเลขที่ใช้เรียกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 99) และ ข้อที่ 10 การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (98.5) ตามลำดับ ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 6 รถพยาบาลในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ท่านรู้จัก คือ รถพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ออกไปให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ (ร้อยละ 9) รองลงมาคือ ข้อ 12 วิธีตรวจสอบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินว่าหายใจหรือไม่นั้นคือการเขย่าให้รู้สึกตัวแล้วกดตรงกระดูกกลางหน้าอก (ร้อยละ 39.5) และข้อ 13 วิธีเปิดทางเดินหายใจที่ใช้ได้กับผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุกับกระดูกสันหลัง คือ การกดหน้าผากและดันคาง (ร้อยละ 48.5) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ อีระ ศิริสมุด⁽¹¹⁾ ได้ทำการวิจัยศึกษาความรู้ทัศนคติ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบริการฯ คือ (1) เข้าใจผิดว่ารถพยาบาลฉุกเฉินใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น (2) เข้าใจผิดว่าการ

ใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินต้องเสียค่าใช้จ่ายการศึกษาของ ณิชชา หาญสุทธิเวชกุล⁽¹²⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องเหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อันดับแรก มีรถยนต์ส่วนตัวสามารถมาเองได้ ร้อยละ 64.1 อันดับสอง คือไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 50 และอันดับสามคือรู้สึกว่าการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนั้นเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาล ร้อยละ 25 สิ่งที่ทำให้รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ป้ายโฆษณาหรือป้ายข้างทาง โทรทัศน์และวิทยุตามลำดับ สรุปคือสาเหตุที่คนเชียงใหม่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดจากไม่ทราบถึงบริการ ไม่เห็นความสำคัญ และไม่ไว้วางใจในการบริการ^(11,12)

3. ทศนคติ ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ทศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมเฉลี่ยคะแนนระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.57) โดยทัศนคติน้อยคือ อสม.ไม่เห็นด้วยมีทั้งหมด 3 ข้อ คือ ข้อที่ 7.ท่านรู้สึกเสียเวลาในการทำงานเมื่อต้องเข้าร่วมการอบรม ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X}$ = 2.22 SD=1.16) ข้อ 10. ท่านรู้สึกอึดอัดลำบากใจทุกครั้งที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือญาติผู้ป่วยฉุกเฉินมาขอความช่วยเหลือ ($\bar{X}$ = 2.32 SD=1.19) และข้อ 11.ท่านรู้สึกไม่ชอบที่จะต้องฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น ($\bar{X}$ = 2.30 SD=1.13)

4. เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศ อายุ อาชีพ ประสบการณ์การทำงาน การศึกษาต่างกัันมีทัศนคติด้านต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศ อายุ อาชีพ ประสบการณ์การทำงานต่างกัันมีความรู้ต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกัันมีความรู้ทักษะต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่างกัันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ อสม.ที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า อสม.ที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาและระดับปริญญาตรีซึ่งเนื่องจากการที่บางคนมีโอกาสได้รับความรู้และการฝึกอบรมมากกว่า

สรุป

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีทัศนคติที่ดีและพร้อมจะให้การดูแลคนในชุมชนเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจมีบางประเด็นที่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอจึงอาจเกิดความไม่มั่นใจในการช่วยเหลือ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มพูนทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและการช่วยฟื้นคืนชีพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความจำเป็นโดย

ต้องทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอซึ่งในอำเภอนาหม่อมได้มีการจัดการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการช่วยฟื้นคืนชีพให้แก่อสม.เป็นประจำทุกปีโดยได้มีการให้ความรู้พร้อมกับการฝึกปฏิบัติในขณะเดียวกันได้มีการขยายไปสู่ประชาชนทั่วไปในชุมชนโดยมี อสม.เข้าร่วมเป็นแกนนำในการให้ความรู้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริการในชุมชนและควรเพิ่มทักษะการฝึกปฏิบัติเพื่อเกิดความมั่นใจในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ประสบเหตุต่อไป
2. ควรมีการประเมินความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้มีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับสูงเป็นตัวช่วยในการดำเนินงานการสอนเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนแก่ประชาชนทั่วไป
4. เมื่อมีการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมแล้วควรมีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายได้แก่ประชาชนทั่วไปให้เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กัญญา วังศรี. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย The EMS system in Thailand. ศรีนครินทร์วารสารการแพทย์ 2556;28:69-73
2. จารุวรรณ ธาดาเดช, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์และ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. วัฒนาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557;3:513-23
3. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ.รายงานการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียนสำหรับประเทศไทย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2556.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.).แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ :บริษัท ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2559.
5. อูรา สุวรรณรักษ์ บรรณาธิการ.ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย :รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2558.พิมพ์ครั้งที่ 1 :บจก.ปัญญามิตร การพิมพ์; 2559.
6. HDC สสจ.สงขลา สืบค้นจาก <https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2562
7. สถิติการใช้บริการรถฉุกเฉินโรงพยาบาลนาหม่อมปี 2558-2560โปรแกรม Extreme Platform for Hospital Information (Hos Xp) ของ รพ.นาหม่อม ปี 2563.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sampling Size for Research Activities. Journal of Education and Psychological Measurement 1970; 30:607-10.
9. Guttman, L. (1944). A basis for scaling qualitative data. American Sociological Review 1944;9 :135-50.
10. Likert, Rensis. (1967). “The Method of Constructing and Attitude Scale”. In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement (pp. 90-95). New York: Wiley & Son.
11. ชีระ ศิริสมุทร,กิตติพงษ์ พลเสน และพรทิพย์ วชิรติลล.ความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(4) : 668-80.
12. ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล บริบูรณ์ เชนธนากิจ และบวร วิทย์ชำนาญกุล. เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุจึงไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556;6(2):268-9

**ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ในผู้ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช**

บุญนำ พัฒนแก้ว พย.ม.

กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เกิดความพร่องในการดูแลตนเองและความกังวลของญาติในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามข้อกำหนด ปีงบประมาณ 2560 และ 2561 พบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทางออร์โธปิดิกส์ 0.9 และ 1.1 : 1000 วันนอนตามลำดับ ทีมการพยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านนวัตกรรม “ห้องเรียนรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ” สำหรับใช้เป็นแนวปฏิบัติของญาติในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับผ่านห้องเรียนรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

วัสดุและวิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-posttest design) โดยประยุกต์ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจำนวน 43 คน ได้รับการจัดเข้าโปรแกรมห้องเรียนรู้ด้วยการสนทนากลุ่มและสนทนารายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจและปรับทัศนคติในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโดยกำหนดพฤติกรรมร่วมป้องกันการเกิดแผลกดทับ 5 ข้อ (13 ข้อย่อย) ประเมินผลของโปรแกรมจากพฤติกรรมมีส่วนร่วมปฏิบัติในการสนทนาครั้งแรกและเมื่อครบ 1 สัปดาห์โดยตัวผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษา: พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านนวัตกรรม “ห้องเรียนรู้เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ” สามารถพัฒนาพฤติกรรมมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการร่วมดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันแผลกดทับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.86 เป็นร้อยละ 96.63 ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เฝ้าระวังในระหว่างที่ทำการศึกษามีจำนวน 43 ราย ไม่พบรายงานการเกิดแผลกดทับ

สรุป: โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับผ่านห้องเรียนรู้สามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านห้องเรียนรู้ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

The Effects of Empowerment Program on Prevention of Pressure Ulcers With A Caregiver'Orthopedics Patients Who are Restricted to Physical Activities at Orthopedic Wards, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Boonnam Pattanakeaw, MS.N.

Orthopedics nursing department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Pressure ulcer is a problem found in an orthopedic patient, who is restricted to physical activities, due to decreased self-care capacity. In addition, a caregiver may feel anxious to involve in orthopedic patient care, thus the patients possibly not get proper caring. The incidences of pressure ulcers in risky orthopedic patients were 0.9: 1000 and 1.1: 1000 Length of stay in 2017 and 2018 respectively. Thus, the nursing staff team has developed the Empowerment Program innovation "Classroom Training Program (CTP)" to prevent pressure ulcers in orthopedic patients.

Objectives: to study the effects of Empowerment Program innovation, CTP on prevention of pressure ulcers with a caregiver' orthopedic patients.

Materials and methods: There was A quasi-experiment with one-group pre-posttest design was employed to explore the effectiveness of CTP. The CTP was developed based on Gibson's empowerment approach and consisted of practice guideline modules for caregivers engaging in orthopedic patient care. A sample of 43 caregivers was recruited into the study. They also got a series of 3 discourses, in which composed of group discussion and individual conversation on understanding and exchanging attitude towards engaging in patient care. Moreover, they received bedside trainings on caring behavior to prevent pressure ulcers, composed of 5 categories and 13 sub-categories.

Results: The effectiveness of the CTP was evaluated through caring behavior performances, in which assessed on day 1 and day 7 of implementing the CTP program. The occurrence of pressure ulcers in orthopedic patients also was applied to measure CTP efficacy. The results revealed that the CTP could increase caregivers' capabilities on caring behaviors engagement of risky orthopedic patients from 42.86% to 96.63%. In addition, All patients did not develop pressure ulcers during the study period.

Conclusion: The empowerment program innovation "Classroom Training Program (CTP)" on caring behavior to prevent pressure ulcers in orthopedic patients.

Keywords: empowerment classroom training program, prevention pressure ulcers, restricted physical activities of orthopedic patients, caregivers

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยที่ต้องนอนติดเตียงเป็นเวลานาน หรือในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว⁽¹⁾ ในกลุ่มออร์โธปิดิกส์ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูกไขสันหลัง ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ต้องใช้เครื่องดักกระดูกหรือต้องเข้าเฝือกเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ผ่าตัดใส่เหล็กที่ข้อสะโพกหรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกจำกัดตนเองในการเคลื่อนไหวและอาจทำกิจกรรมได้ลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากแผนการรักษาของแพทย์และจากพยาธิสภาพของการบาดเจ็บทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย ส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นถ้าหากไม่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายอาจส่งเสริมทำให้เกิดแผลกดทับได้

ปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การเพิ่มแรงกด แรงเสียดทาน แรงเฉือนภาวะแทรกซ้อนของการดักถ่วงโดยใช้น้ำหนักที่บอบบ่ง คือแผลกดทับเนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่ในท่านอนราบและทำให้เคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบากกลุ่มผู้สูงอายุยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยพบว่ายิ่งอายุมากขึ้นโอกาสที่จะเป็นแผลกดทับสูงขึ้นเนื่องจากสภาพของผิวหนัง ระบบการหล่อเลี้ยงของเลือดและระบบหลอดเลือดที่เสื่อมสภาพลงแผลกดทับในระดับ 3-4 อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในกระดูกและกล้ามเนื้อหรือติดเชื้อในกระแสเลือดจนอาจทำให้เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ ผลกระทบด้านจิตใจอาจเพิ่มความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น⁽²⁾ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง⁽³⁾

ดังนั้นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอายุมากยังต้องการความช่วยเหลือในการ

เคลื่อนไหวหากไม่มีญาติเข้ามามีส่วนร่วมให้การดูแล อาจมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแผลกดทับได้มากกว่าคนที่มิใช่ผู้ดูแล อย่างไรก็ตามผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องโดยเฉพาะการช่วยพยุง การช่วยพลิกตะแคงตัว การดูแลบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การวางแผนการพยาบาลจึงต้องสร้างความร่วมมือระหว่างทีมพยาบาล ผู้ป่วยและญาติในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย การนำนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยมาใช้ร่วมด้วย เช่น การใช้นาฬิกาเตือนพลิกตะแคงตัว ทำให้ทั้งพยาบาลผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงความสำคัญในการเปลี่ยนท่าทางผู้ป่วยและทำการเปลี่ยนท่าให้กับผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้

โรงพยาบาลมหาราชนครศิริธรรมราช พบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ 0.9 และ 1.1:1000 วันนอน ในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดโดยกลุ่มการพยาบาล (เกณฑ์ชี้วัด $\leq 0.5:1000$ วันนอนกลุ่มเสี่ยง) แม้อัตราการเกิดแผลกดทับนี้จะต่ำกว่าอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสาขาอื่น แต่จากการศึกษาพบว่าแผลกดทับสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 95⁽⁴⁾ โดยเฉพาะแผลกดทับระดับ 1 เนื่องจากการไม่มีการลูกกลามไปชั้นหนังแท้ หากมีการลูกกลามของแผลไปที่ระดับ 2 การดูแลจะยากขึ้น และความรุนแรงลูกกลามไปที่ระดับ 3 ได้ง่ายและรวดเร็วมากในระยะเวลาเพียง 1-6 วัน⁽⁵⁾

วิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความทุ่มเท ใส่ใจ มุ่งมั่น ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดที่มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการ

เกิดแผลกดทับที่ครอบครัวจำเป็นต้องรับและถือเป็นบทบาทใหม่ของการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจึงต้องมีการเรียนรู้และปรับบทบาทให้เหมาะสม การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden scale) ในเรื่อง การเตรียมเตียง ที่นอนลม บาร์โหนดตัว การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง การทำความสะอาดร่างกาย รวมถึงการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆอาจทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความกลัววิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยร้องปวดหรือไม่ให้ความร่วมมือในการช่วยพลิกตัวเกิดความไม่มั่นใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และรู้สึกท้อแท้ไร้พลังอำนาจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นการกระทำที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสามารถทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้รับการยอมรับ สนับสนุนส่งเสริมและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ⁽⁶⁾ จึงเป็นวิธีการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางประสบผลสำเร็จ⁽⁷⁾ เป็นการช่วยเหลือและส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความเชื่อในจุดแข็งของผู้ดูแลว่ามีความสามารถในการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยได้และสร้างเสริมให้ผู้ดูแลเห็นถึงจุดแข็งของตนเองร่วมกับการเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่ให้ดียิ่งขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแบบกิปสัน⁽⁸⁾ เป็นแบบการพัฒนาตนเองตามขั้นตอนต่างๆโดยมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการดึงเอาแหล่ง

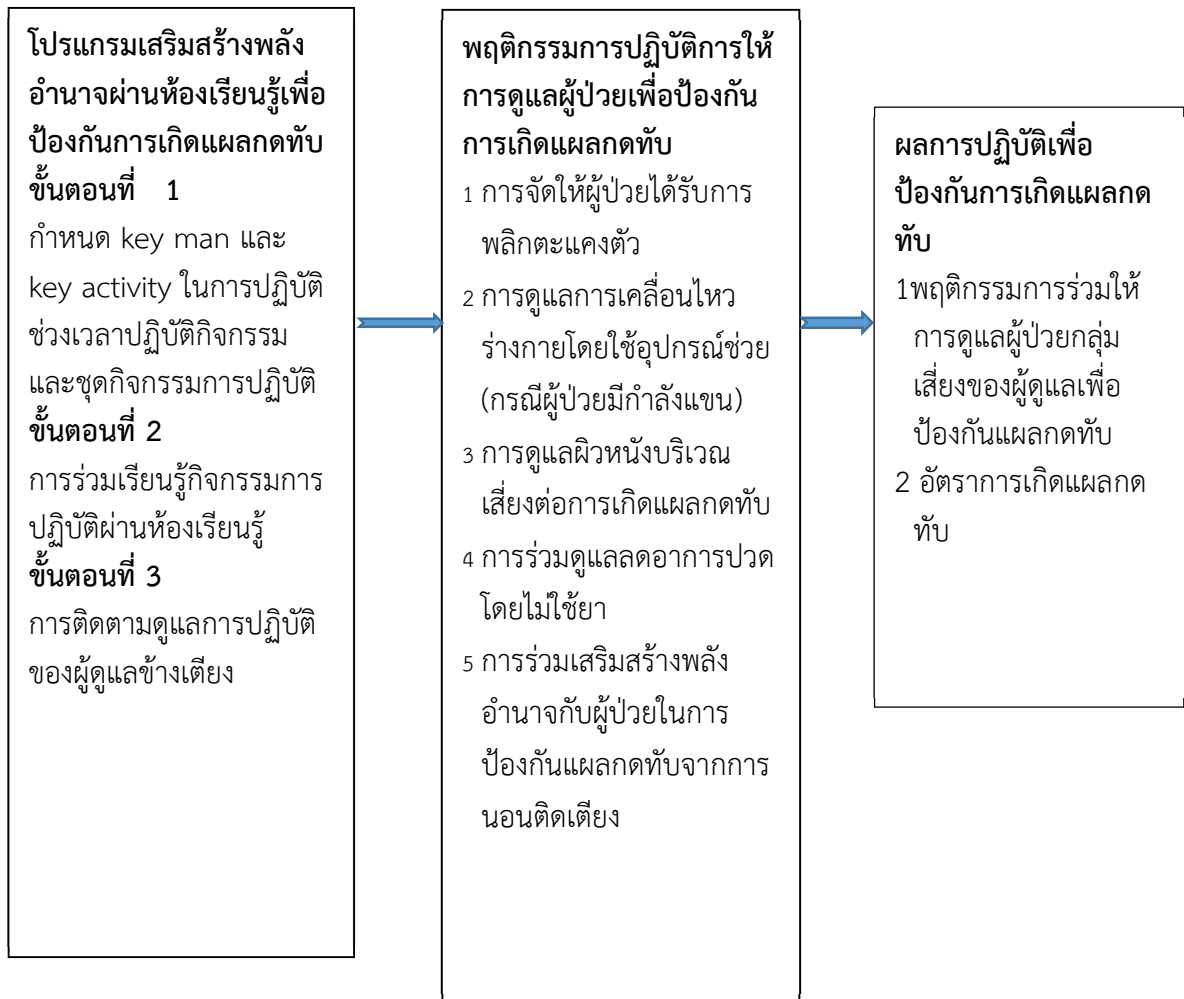
ประโยชน์ทั้งภายในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมาใช้⁽⁶⁾

ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านห้องเรียนรู้ป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยการจัดวางระบบและประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาพัฒนาในโปรแกรมห้องเรียนรู้ในการร่วมดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยโปรแกรมแบบเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มด้วยการสร้างกระบวนการสนับสนุนในกลุ่มหรือบุคคลนั้นๆ ให้มีความสามารถในการตัดสินใจสำหรับควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปสันร่วมกับการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วยการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้รับผิดชอบการถ่ายทอดความรู้การดูแลผู้ป่วย ช่วงเวลาปฏิบัติกิจกรรม และชุดกิจกรรมการสนทนาเพื่อใช้เป็นสื่อการปฏิบัติ โดยสามารถปฏิบัติได้ทั้งรายบุคคลและการสนทนากลุ่มเพื่อค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด ผ่านห้องเรียนรู้และการสาธิตฝึกปฏิบัติ รวมถึงการวางแผนวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ทำข้อตกลงการปฏิบัติร่วมกันในวงสนทนารอบที่ 1 ใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วม 1 สัปดาห์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านห้องเรียนรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (onegroup pre-posttest design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ระหว่าง

วันที่ 1 - 31 มกราคม พ.ศ. 2562 จำนวน 43 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกประชากร (inclusive criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขาได้ตลอดระยะเวลาที่รับการรักษา
2. ผู้ป่วยที่ผู้ดูแลเข้าร่วมการศึกษาไม่มีแผลกดทับขณะแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
3. ผู้เข้าร่วมการศึกษาและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. มีระยะเวลาในการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขาติดต่อกันน้อยกว่า 7 วัน

2. มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย เช่น ภาวะวิกฤตที่ต้องย้ายไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหรือย้ายไปพักรักษาที่ห้องพิเศษ
3. ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการทั้งโดยตัวผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย

ตัวแปรที่ศึกษา

ศึกษาพฤติกรรมการร่วมป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ให้การดูแลผู้ป่วย 5 ประเด็นหลัก คือ

- 1) การจัดให้ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัว
- 2) การดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้อุปกรณ์ช่วย (กรณีผู้ป่วยมีกำลังแขน)
- 3) การดูแลผิวหนังบริเวณเสี่ยงเกิดแผลกดทับ
- 4) การร่วมดูแลการลดอาการปวดโดยไม่ใช้ยา
- 5) การร่วมเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ป่วยในการป้องกันแผลกดทับจากการนอนติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือชุดที่ 1 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านห้องเรียนรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการป้องกันแผลกดทับ กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย

1.1) การกำหนดผู้รับผิดชอบค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมประจำวันให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

1.2) กำหนดช่วงเวลาปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรม

1.3) กำหนดแนวปฏิบัติที่ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต้องใช้ปฏิบัติ

กิจกรรมห้องเรียนประกอบด้วย การสนทนารายบุคคล/การสนทนากลุ่มและกิจกรรมการเรียนรู้ข้างเตียง ดำเนินการผ่านห้องเรียนรู้จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแบ่งการประเมินการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ (0) ไม่ได้ปฏิบัติ (1) ได้ปฏิบัติบางครั้ง และ (2) ได้ปฏิบัติทุกครั้ง ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลักได้แก่

- 2.1) การจัดให้ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัว
- 2.2) การดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น บาร์โหน
- 2.3) การตรวจสอบผิวหนังบริเวณเสี่ยงเกิดแผลกดทับ
- 2.4) การร่วมดูแลการลดอาการปวดโดยไม่ใช้ยา
- 2.5) การร่วมเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแผลกดทับจากการนอนติดเตียงนาน

ขั้นตอนการดำเนินงานตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านโปรแกรมห้องเรียนรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

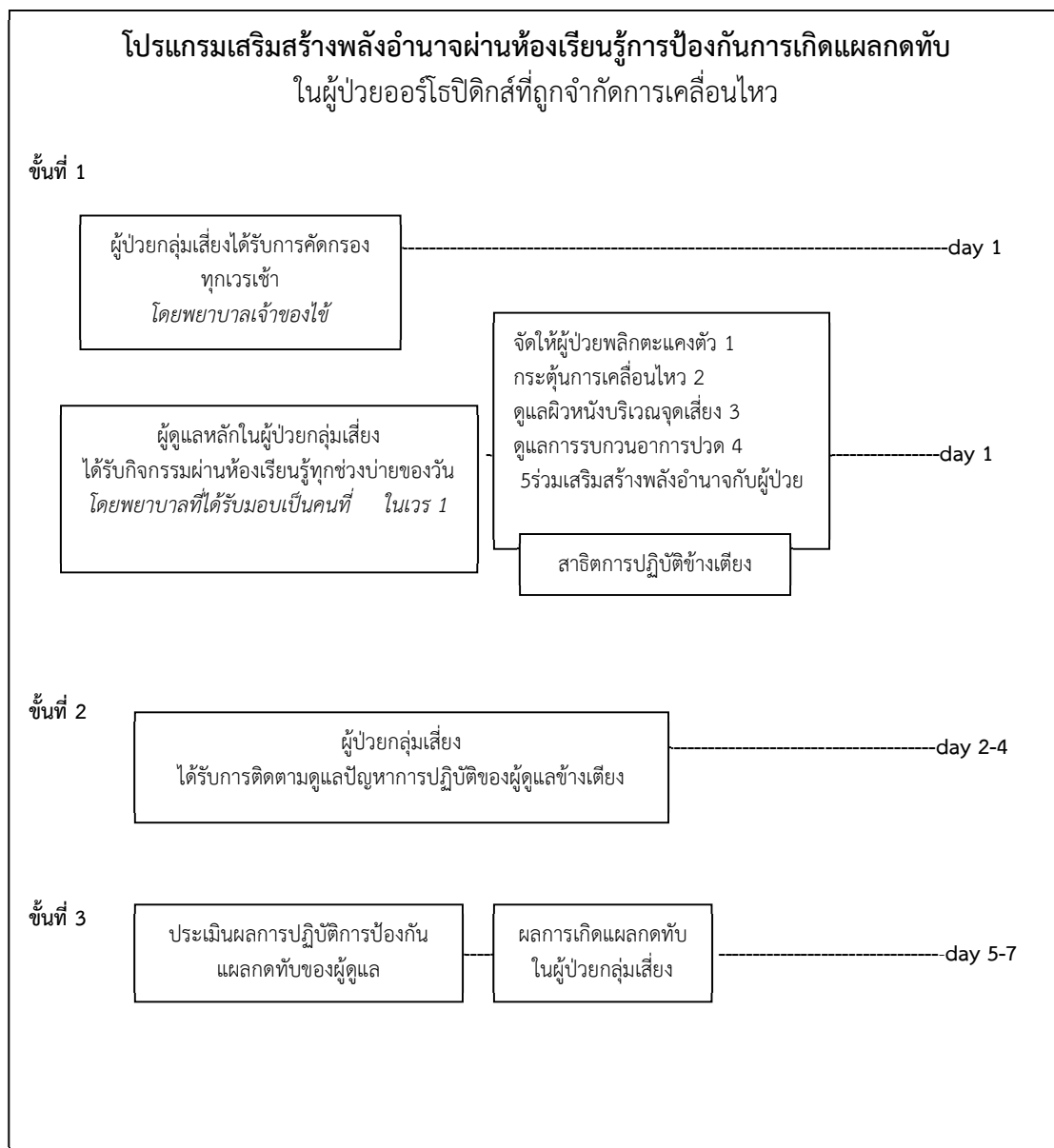
1. ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1.1) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในเวรเช้าที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งญาติผู้ดูแลเข้าร่วมกระบวนการห้องเรียนรู้รวมถึงการติดตามดูแลและเสริมพลังในการปฏิบัติของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2) พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายเป็นผู้ปฏิบัติงานลำดับที่ 1 ของเวรรับหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดบทเรียนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวผ่านรูปแบบห้องเรียนรู้ ใช้การสื่อสารถ่ายทอดทั้งการสนทนาในห้องเรียนและการสาธิตวิธีปฏิบัติ

2. แนวปฏิบัติที่ใช้เป็นข้อกำหนดสำหรับให้ผู้ดูแลใช้เป็นคู่มือประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก (13 ข้อย่อย)

3. ขั้นตอนการปฏิบัติในโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใช้เป็นแนวปฏิบัติซึ่ง Flow ขั้นตอนการดำเนินงานแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านห้องเรียนรู้ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านห้องเรียนรู้ต้องประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในเรื่องการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยตามข้อกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยการประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรมจะทำเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในวันที่ 7 ของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรายเดิมประเมินการปฏิบัติของตนเองโดยใช้

แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยข้อคำถามเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางสถิติและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อภูมิรณานาอาชีพของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล

ผลการศึกษา

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชผ่านห้องเรียนรู้ แสดงในตารางที่ 1 -2 ดังนี้

ตารางที่ 1 การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
จำแนกการปฏิบัติตามรายด้าน

การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ		ร้อยละการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย	
		ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม
1	ด้านการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัว	34.8	95.93
2	ด้านการดูแลผิวหนังบริเวณเสี่ยง	53.39	98.83
3	ด้านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนไหว	47.44	93.02
4	ด้านการร่วมดูแลเพื่อลดความปวด	32.56	95.35
5	ด้านการร่วมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย	46.51	100
เฉลี่ยรวมรายด้าน		42.94	96.63

ตารางที่ 2 ผลการปฏิบัติรายด้านจำแนกตามกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
2.1. ด้านการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัว

การพลิกตะแคงตัว		ร้อยละการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย	
		ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม
1	ใช้ผารองพลิกตะแคงตัว	29.91	93.02
2	ใช้ผารองช่วยยกตัว	32.56	93.02
3	ใช้อุปกรณ์ช่วยจัดท่าให้นอนตะแคง	41.86	97.67
4	ปรับท่านอน	34.88	100
เฉลี่ยรายด้าน		34.8	95.93

2.2. ด้านการกระตุ้นการเคลื่อนไหวโดยใช้อุปกรณ์ช่วย

การกระตุ้นการเคลื่อนไหว		ร้อยละการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย	
		ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม
1	กระตุ้นการใช้บาร์โหนดปรับท่านอน	51.16	97.67
2	กระตุ้นการใช้บาร์โหนดจัดท่านอน	55.81	100
เฉลี่ยรายด้าน		53.39	98.83

2.3. ด้านการดูแลผิวหนังบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยง

การดูแลผิวหนังจุดเสี่ยง		ร้อยละการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย	
		ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม
1	ตรวจสอบผิวหนังขณะ bed bath ทุกวัน	48.84	100
2	ทำความสะอาดทุกครั้งเมื่อขับถ่าย	76.75	100
3	ดูแลการเคลื่อนผิวหนังที่เป็นจุดเสี่ยง	39.53	97.67
4	ดูแลที่นอนให้เรียบตึง	39.53	86.05
5	ตรวจสอบลอนที่นอนลม	32.56	86.39
เฉลี่ยรายด้าน		47.44	93.02

2.4. ด้านการร่วมดูแลเพื่อลดความปวด

การร่วมดูแลความปวด		ร้อยละการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย	
		ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม
การร่วมดูแลอาการปวดโดยไม่ใช้ยา		32.56	95.35

2.5. ด้านการร่วมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

การช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ		ร้อยละการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย	
		ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม
การร่วมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย		46.51	100

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวผ่านห้องเรียนรู้อาจสามารถพัฒนาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับจากร้อยละ 42.86 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.63 โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 100 ในด้านการมีส่วนร่วมเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีพลังใจและพลังกายสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด ปุณณะศิริ⁽⁹⁾ ที่พบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดเล็ดสมองทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคมหลัง

ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

นอกจากนี้ผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมดูแลเรื่องการลดอาการปวดก่อนที่จะขอใช้ยาแก้ปวด โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปฏิบัติเพียงร้อยละ 32.56 ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 95.35 การปฏิบัติรายด้านจำแนกตามกิจกรรม พบว่าด้านการจัดให้ผู้ดูแลได้รับการพลิกตะแคงตัวโดยการใช้น้ำรองพลิกตะแคงตัวและน้ำรองช่วยในการยกเคลื่อนไหวนอนผู้ป่วย มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.91 และ 32.56 ก่อนเข้าโปรแกรมเป็นร้อยละ 93.02 หลังร่วมโปรแกรม การจัดทำผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงนานๆ⁽¹⁰⁾

การดูแลด้านการเคลื่อนไหวโดยใช้อุปกรณ์ช่วยจัดเป็นอีกหนึ่งหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การศึกษานี้พบว่าสามารถกระตุ้นการใช้บาร์โหนปรับท่านอน/จัดที่นอนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.16 , 55.81 เพิ่มขึ้นเป็นเฉลี่ยร้อยละ 98.83 นอกจากนี้การนอนทับเป็นระยะเวลานานบนที่นอนลมจะทำให้ผิวหนังบริเวณลอนของที่นอนลมเป็นจุดเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ จึงต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและขยับพลิกตะแคงตัว ด้านการดูแลผิวหนังบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยงพบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ

32.56 เป็นร้อยละ 86.39 ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ได้น้อยสุดในรายการกิจกรรมของการให้การดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วม

สรุป

ดังนั้นโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผ่านห้องเรียนรู้สามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เฝ้าระวังจำนวน 43 รายในระหว่างที่ทำการศึกษาไม่พบรายงานการเกิดแผลกดทับ

เอกสารอ้างอิง

1. วรณีย์ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็นพีเพรส, 2533.
2. รุ่งทิพา ชอบชื่น. Nursing care in pressure sore. Srinagarind Med J 2013;28: 41-6.
3. วิจิตรา กุสมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์, 2542.
4. ปันตดา ตะปานนท์. ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2550.
5. อีสริย์ ชันชัยทิศ. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย:เชียงใหม่. 2557.
6. กุณนที พุ่มสงวน. การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15: 86-90.
7. Dunst CJ, Trivette CM. Empowerment, effective help giving practices and family centered care. PediatrNurs 1996; 22(4): 334-7.
8. Gibson CHA. Concept Analysis of Empowerment. Journal of Advance Nursing 1995;16(3):354-61.
9. สมคิด ปุณณะศิริ. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกองการพยาบาล, 2552;36(3): 47-57.
10. Guy H. Pressure ulcer risk assessment. NursingTimes 2012;108(4): 16-20.

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกัน โรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

วิชัย ศิริวรรณชัย ส.ม.
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง

บทคัดย่อ

บทนำ: ท่ามกลางการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยและทั่วโลก อสม. อำเภอภูเพียง เป็นหนึ่งในกำลังหลักในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระดับหมู่บ้านและชุมชนอย่างเข้มแข็ง และต่อเนื่อง ส่งผลให้อำเภอภูเพียงและจังหวัดน่าน ซึ่งเป็น 1 ใน 9 จังหวัดที่ไม่พบผู้ป่วยโรคโควิด 19

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจซึ่งทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการ “วิจัยเชิงสำรวจ” เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างได้รับปัจจัยสนับสนุนระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.46, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.035) มีความรู้ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.56, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.204) มีแรงจูงใจระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.155) และมีการปฏิบัติงานตามบทบาทระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.194) โดยการมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน และตำแหน่งในกลุ่ม อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ความรู้ และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปัจจัยด้านความรู้ และแรงจูงใจสามารถรวมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 21.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ± 1.17119 โดยที่ความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีผลทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.7 และแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีผลทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ 41.1

สรุป: การส่งเสริมบทบาทของ อสม. ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ควรให้ความสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ โดยสร้างการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระบบรวมถึงการให้สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานที่เพียงพอและเหมาะสมเป็นพื้นฐาน

คำสำคัญ: โควิด19 อสม. เฝ้าระวังและป้องกันโรค แรงจูงใจ

Factors Influencing In-Role Performance of Village Health Volunteer (VHV) on COVID-19 Surveillance and Prevention in Phuphiang District, Nan Province

Wichai Siriworawatchai, M.P.H.

Phuphiang District Public Health Office

Abstract

Background: Among COVID-19 pandemic in Thailand and throughout the world, VHV of Phuphiang District is continuously and firmly one of major forces on COVID-19 surveillance and prevention in village and community level. Consequently, Phuphiang District and Nan Province is one of 9 provinces with no patient with COVID-19.

Objective: To study the factors that could predict role performance of VHV on COVID-19 surveillance and prevention in Phuphiang District, Nan Province.

Materials and Methods: This is a survey research and data were collected by using questionnaires. Obtained data were analyzed by using Statistical Package. Data were presented in the form of descriptive statistics and inferential statistics.

Results: The sample group obtained reinforcing factors in high level ($\bar{x} = 8.46$, $SD = 1.035$) with knowledge in high level ($\bar{x} = 16.56$, $SD = 2.204$) motivation in high level ($\bar{x} = 2.89$, $SD = 0.155$) and role performance in high level ($\bar{x} = 2.75$, $SD = 0.194$) by holding other positions in the village. In addition, positions in VHV group had relationship with role performance of VHV with statistical significance at 0.01 and 0.05, respectively. Knowledge and motivation had positive relationship with role performance of VHV with statistical significance at 0.001. Factors on knowledge and motivation could mutually predict role performance of VHV on COVID-19 surveillance and prevention by 21.6% with statistical significance at 0.001 and Standard Error of Estimate of ± 1.17119 . One more score of knowledge could increase role performance of VHV by 2.7%. One more unit of motivation could increase performance role by 41.1%.

Conclusions: To promote role of VHV for gaining operational potential, operational motivation should be highly emphasized by creating consecutive and systematic learning as well as providing sufficient and appropriate operational support.

Keywords: COVID-19, Village Health Volunteer, disease surveillance and prevention, motivation

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจอุบัติใหม่ เกิดจากเชื้อไวรัสชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) พบการระบาดครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา⁽¹⁾ ต่อมาได้พบผู้ป่วยและมีผู้เสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นโรคระบาดทั่ว (Pandemic) ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 ข้อมูลสถานการณ์ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 มีผู้ติดเชื้อยืนยันแล้วทั่วโลก จำนวนรวม 6,154,028 ราย มีผู้เสียชีวิต จำนวน 370,893 ราย (ร้อยละ 6.03) และมีผู้หายป่วยแล้ว จำนวน 2,734,629 ราย (ร้อยละ 44.44)⁽²⁾

พบผู้ป่วยโรคโควิด 19 รายแรกในประเทศไทย และเป็นรายแรกที่พบนอกประเทศจีน เมื่อ 13 มกราคม 2563 เป็นหญิงชาวอู่ฮั่นที่เดินทางจากเมืองอู่ฮั่น ต่อมาพบผู้ป่วยคนไทยรายแรก ในวันที่ 15 มกราคม 2563 เป็นหญิงไทยเดินทางกลับจากเมืองอู่ฮั่น และได้พบผู้ป่วยคนไทยคนแรกที่ไม่มีความเกี่ยวข้องเดินทางไปประเทศจีน ในวันที่ 27 มกราคม 2563 เป็นชายไทย อาชีพขับรถแท็กซี่ จนวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 มีผู้เสียชีวิตโรคโควิด 19 รายแรกในประเทศไทย เป็นชายไทย อายุ 35 ปี⁽³⁾ ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสม 3,081 ราย หายป่วยแล้ว 2,965 ราย รักษาพยาบาลอยู่ 59 ราย และเสียชีวิต 57 ราย โดยมีจังหวัดที่ไม่พบผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำนวน 9 จังหวัด ได้แก่ ระนอง ตรัง อ่างทอง สิงห์บุรี ชัยนาท กำแพงเพชร พิจิตร บึงกาฬ และจังหวัดน่าน⁽⁴⁾

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ในอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน มีทั้งหมด 908 คน ปฏิบัติงานอยู่ใน 7 ตำบล ครอบคลุม 61 หมู่บ้านได้มีส่วนร่วมเป็นกำลังหลักในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระดับ

หมู่บ้าน/ชุมชน โดยการรณรงค์ “อสม. เคาะประตูบ้านต้านโควิด 19” ให้ความรู้ให้การตรวจคัดกรองประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากประเทศเสี่ยงสูง และให้กักตัวที่บ้านไม่น้อยกว่า 14 วัน ตามแนวทางการสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ และหนังสือสั่งการของกระทรวงมหาดไทย ที่ให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ร่วมกับ อสม. สำรวจผู้ที่เดินทางกลับจากเกาหลี⁽⁶⁾ ให้ อสม. เป็นเลขานุการทีมดำเนินการคัดกรอง แยกกักกัน กักกัน คัดกรองในระดัหมู่บ้านที่มีกำนัน ผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน⁽⁷⁾ และทำการค้นหาและคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดเสี่ยง ตามมาตรการป้องกัน และลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน⁽⁸⁾ ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2563 มีผลการดำเนินงาน เคาะประตูบ้าน จำนวน 10,405 หลังคาเรือน คัดกรองและติดตามเยี่ยมผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ 20 ราย ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัด 2,033 ราย โดยพบผู้สงสัยติดเชื้อโรคโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation : PUI) จำนวน 15 ราย โดยไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคโควิด 19⁽⁹⁾

จากการที่ อสม. อำเภอภูเพียง ได้ทุ่มเทปฏิบัติงานตามบทบาทดังกล่าวล้วนต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการป้องกันโรค กำลังใจ ความอดทน ทุ่มเท เสียสละ และกล้าปฏิบัติงานท่ามกลางความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคเช่นกัน จึงส่งผลให้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 คลี่คลายลง เป็นที่ยอมรับและชื่นชมจากรัฐบาลไทย และองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย⁽¹⁰⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ในพื้นที่อำเภอภูเพียง จังหวัดน่านเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งบุคลากรที่สนใจในการนำไปใช้วางแผนดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 หรือโรคอุบัติใหม่อื่นๆและเป็นแนวทางพัฒนาการ

ปฏิบัติงานตามของ อสม. อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุน ความรู้ แรงจูงใจ และการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19

วัสดุและวิธีการศึกษา

กรอบแนวคิด

ตัวแปรอิสระ

ลักษณะส่วนบุคคลของ อสม.

ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. ตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน และการผ่านอบรมหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน

ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย สิ่งที่ อสม. ได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทักษะการปฏิบัติงาน แผนงาน งบประมาณและค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น การนิเทศติดตามงาน การติดต่อสื่อสารและให้คำปรึกษา

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ประกอบด้วย ข้อเท็จจริงและความเข้าใจเรื่องโรคโควิด 19 ซึ่งได้แก่ สาเหตุ แหล่งรังโรค การติดต่อ อาการและอาการแสดงในคน การรักษา การป้องกันและควบคุมโรค

แรงจูงใจของ อสม. ในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย สภาพการทำงาน สวัสดิการต่างๆ หรือค่าตอบแทน นโยบายและการบริหารความสัมพันธ์ของคนในหน่วยงานและสภาพการทำงาน ส่วนปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยเกี่ยวกับงานและความสำเร็จของงาน ได้แก่ การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบและการพัฒนาตนเอง และความสำเร็จของงาน

การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ประกอบด้วย การเข้าร่วมทีม และวางแผนการเฝ้าระวัง และป้องกันโรค การเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติงาน การให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์ การคัดกรองกลุ่มที่มาจากพื้นที่เสี่ยง การติดตามอาการผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง การรายงานผลการปฏิบัติงาน และดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนในอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ทั้งเพศชายและหญิง ปฏิบัติงานอยู่จริงในเดือน มิถุนายน 2563 จำนวน 908 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนในอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ทั้งเพศชายและหญิง ปฏิบัติงานอยู่จริงในเดือน มิถุนายน 2563 มีระยะเวลาปฏิบัติงาน อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 278 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของอสม. เกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็นอสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. ตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน และการผ่านอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน อสม. ได้แก่ การได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทักษะการปฏิบัติงาน การวางแผนงาน งบประมาณและค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น การนิเทศติดตามงาน การติดต่อสื่อสารและให้คำปรึกษา เป็นต้น จำนวน 10 ข้อ มีคำตอบหลัก 2 ตัวเลือก คือ ไม่ได้รับ กับได้รับ หากตอบได้รับจะมีตัวเลือกย่อยให้เลือกตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนของคำตอบหลัก ดังนี้

ได้รับ = 1 คะแนน

ไม่ได้รับ = 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้⁽¹¹⁾

ร้อยละ 80 – 100 (คะแนน 8 - 10) หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนระดับสูง

ร้อยละ 60 – 79 (คะแนน 6 - 7) หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนระดับปานกลาง

ร้อยละ < 60 (คะแนน 0 - 5) หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ประกอบด้วยคำถามเรื่องสาเหตุของโรค แหล่งรังโรค การติดต่ออาการแสดงในคน การรักษา การป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 20 ข้อ มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ โดยข้อที่ 3, 6, 8, 10, 15, 18, 19 เป็นคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก = 1 คะแนน

ตอบผิด = 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ร้อยละ 80 – 100 (คะแนน 16 – 20) หมายถึง มีระดับความรู้สูง

ร้อยละ 60 – 79 (คะแนน 12 – 15) หมายถึง มีระดับความรู้ปานกลาง

ร้อยละ < 60 (คะแนน 0 – 11) หมายถึง มีระดับความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจของ อสม. ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสภาพการทำงาน สวัสดิการต่างๆ หรือค่าตอบแทน นโยบายและการบริหารความสัมพันธ์ของคนในหน่วยงานสภาพการทำงาน การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ การพัฒนาตนเอง และความสำเร็จของงาน มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ 3 สเกล คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย มีเกณฑ์การกำหนดเป็นค่าคะแนน ดังนี้

เห็นด้วย = 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งส่วน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้⁽¹²⁾

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีระดับแรงจูงใจสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีระดับแรงจูงใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีระดับแรงจูงใจต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการเข้าร่วมทีมและวางแผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรค การเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติงาน การให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์ การคัดกรองกลุ่มที่มาจากพื้นที่เสี่ยง การติดตามอาการผู้มาจากพื้นที่เสี่ยง การรายงานผลการปฏิบัติงาน การประสานงานและการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ 3 สเกล คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อที่ 14, 15 เป็นคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การกำหนดเป็นค่าคะแนน ดังนี้

ข้อความเชิงบวก คือ

ปฏิบัติประจำ = 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ = 1 คะแนน

ข้อความเชิงลบ คือ

ปฏิบัติประจำ = 1 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ = 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งส่วน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ปฏิบัติตามบทบาทระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ปฏิบัติตามบทบาทระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ปฏิบัติตามบทบาทระดับต่ำ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านมีค่าดัชนีความตรง (IOC) เท่ากับ 0.974 จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ อสม. ตำบลคูใต้ อำเภอนาน้อย จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นในส่วนของปัจจัยสนับสนุน ความรู้ แรงจูงใจ และบทบาทของ อสม. โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.712

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) แจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ตัวแปรระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. และการมีตำแหน่งอื่นกับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. โดยใช้สถิติทดสอบ Chi – Square หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ คะแนนปัจจัยสนับสนุน อสม. คะแนนความรู้ของ อสม. และค่าเฉลี่ยแรงจูงใจของ อสม. กับค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. การวิจัยในครั้งนี้มี อสม. เป็นกลุ่มตัวอย่าง 278 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 52.01 ปี (SD= 9.125) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.71 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 56.83 มีสถานภาพการสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 73.74 อาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ

54.68 มีรายได้เฉลี่ย 5,045.94 บาทต่อเดือน ($SD=2,778.26$) มีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 13.90 ปี ($SD=9.015$) มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 10.95 หลังมีตำแหน่งเป็นสมาชิก อสม. ร้อยละ 60.70 มีบทบาทหน้าที่ในตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน ร้อยละ 54.68 ($SD=3.514$) ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ร้อยละ 80.94

2. ข้อมูลปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอสม.
โดยรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับปัจจัยสนับสนุนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=8.46$, $SD=1.035$) โดยได้รับความรู้เรื่องโรคโควิด 19 จากแหล่งต่างๆ ทั้งในด้านสาเหตุการติดต่อ อาการของโรคในคน การรักษาโรค การป้องกันและควบคุมโรค ร้อยละ 100 ส่วนเรื่องที่ อสม. ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด คือ การได้รับค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติงานนอกเหนือจากค่าป่วยการ อสม. ร้อยละ 13.31

3. ข้อมูลความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคโควิด 19
โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง ($\bar{x}=16.56$, $SD=2.204$) โดยความรู้ที่ อสม. ร้อยละ 100 ตอบถูก คือ เชื้อโรคโควิด 19 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้โดยการสัมผัสกับสารคัดหลั่ง ละอองเสมหะ จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลายของผู้ติดเชื้อ ส่วนความรู้ที่ อสม. ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 มีอาการป่วยระบบทางเดินหายใจและปอดอักเสบรุนแรงทุกคน ร้อยละ 29.86

4. ข้อมูลแรงจูงใจของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19
โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.89$, $SD=0.155$) โดยอสม. มีความภาคภูมิใจและมีเกียรติที่ได้ร่วมปฏิบัติงานและถือเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของอสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.99 โดย อสม. มีความพอใจในค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ได้รับ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 2.71

5. ข้อมูลการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19
โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานตามบทบาทอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.75$, $SD=0.194$) โดยมีการปฏิบัติเรื่อง เมื่อออกจากบ้านและขณะที่ปฏิบัติงานอยู่ ทานสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 ส่วนในเรื่อง เมื่อพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่กักตัวมีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย ทานจะเป็นคนพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 1.67

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน และการผ่านอบรม อสม.หมอประจำบ้าน กับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 (n= 278)

ปัจจัย	ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.			Chi Sq.	df	(P-value)
	ปานกลาง	สูง	รวม			
เพศ						
ชาย	11(12.64)	76(87.36)	87 (100.00)	1.241	1	.265
หญิง	16(8.38)	175(91.62)	191(100.00)			
สถานภาพสมรส						
โสด	5(13.51)	32(86.49)	37(100.00)	1.1319	2	.517
คู่	20(9.76)	185(90.24)	205(100.00)			
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2(5.56)	34(94.44)	36(100.00)			
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	9(14.29)	54(85.71)	63(100.00)	1.957	2	.376
มัธยมศึกษา/ปวช.	13(8.23)	145(91.77)	158(100.00)			
อนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไป	5(8.77)	52(91.23)	57(100.00)			
อาชีพหลัก						
เกษตรกร	11(7.24)	141(92.76)	152(100.00)	2.563	3	.464
รับจ้าง	10(13.70)	63(86.30)	73(100.00)			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/อื่นๆ	4(10.53)	30(89.47)	34(100.00)			
ตำแหน่งในกลุ่ม อสม.						
ประธาน อสม./รองประธาน	5(6.02)	78(93.98)	83(100.00)	6.190	2	.045*
เลขานุการ/เหรัญญิก	0(0.00)	26(100.00)	26(100.00)			
สมาชิก อสม.	22(13.02)	147(86.98)	169(100.00)			
การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน						
ไม่มี	19(15.08)	107(84.92)	126(100.00)	7.570	1	.006**
มี	8(5.26)	144(94.74)	152(100.00)			
ผ่านอบรม อสมหมอประจำบ้าน.						
ไม่ผ่านการอบรม	22(9.78)	203(90.22)	225(100.00)	0.006	1	.939
ผ่านการอบรม	5(9.43)	48(90.57)	53(100.00)			

* p < .05 และ **p < .01

จากตารางที่ 1 พบว่า ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ คะแนนปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. คะแนนความรู้ของ อสม. และค่าเฉลี่ยแรงงใจของ อสม. กับ ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 (n= 278)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P-value
อายุ	-.056	.348
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-.013	.825
ระยะเวลาที่เป็น อสม.	.102	.091
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	.012	.837
คะแนนปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.	.098	.102
คะแนนความรู้ของ อสม.	.342	.000*
ค่าเฉลี่ยแรงงใจของ อสม.	.351	.000*

*p < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และ ค่าเฉลี่ยแรงงใจของ อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ (b, β) ผลการทดสอบค่า t ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SEest) ของสมการพยากรณ์กับค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19

ตัวแปร	b	β	t	p-value
คะแนนความรู้ของ อสม.	.027	.306	5.692	<.001
ค่าเฉลี่ยแรงงใจของ อสม.	.411	.317	5.981	<.001

ค่าคงที่ 1.116; SE_{est} = ±.17229

R = .465 ; R² = .216 ; F = 37.837 ; p-value <.001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความรู้ของ อสม. และค่าเฉลี่ยแรงงใจของ อสม. สามารถร่วมกันพยากรณ์ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 21.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ±.17119 โดยความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยการ

ปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.7 และค่าเฉลี่ยแรงงใจของ อสม. เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ 41.1 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. = 1.116 + .027 (ความรู้ของ อสม.) + .411 (แรงงใจของ อสม.)

วิจารณ์

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน อสม. อยู่ในระดับสูง โดยได้รับการสนับสนุนอย่างดีในด้านความรู้ วัสดุอุปกรณ์ และค่าปรึกษาในเรื่องที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของชมพูนุช สุภาพานิช และคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนราธิวาส พบว่า อสม.ได้รับสิ่งสนับสนุนอยู่ในระดับดีปัจจัยด้านความรู้ของ อสม. อยู่ในระดับสูงเนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลที่เป็นพี่เลี้ยงของ อสม. มีการให้ความรู้ที่ถูกต้องชัดเจนแก่ อสม. ก่อนที่จะออกปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาสิริ ธัญญสวัสดิ์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอรินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด ปัจจัยด้านแรงจูงใจของ อสม. อยู่ในระดับสูง ซึ่ง อสม. มีความรู้สีกภาคภูมิใจและมีเกียรติที่ได้ร่วมปฏิบัติงาน และถือเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของ อสม. อีกทั้งยังได้รับการยอมรับและชื่นชมจากสังคมอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง⁽¹⁵⁾ ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับมาก และปัจจัยด้านการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อยู่ในระดับสูง เป็นผลต่อเนื่องมาจาก อสม. มีแรงจูงใจอย่างสูง มีความรู้เป็นฐาน และมีสิ่งสนับสนุนที่เพียงพอ จึงมุ่งมั่นตั้งใจปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของปรารค์ จักรไชย และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอกรอบครัว

จังหวัดปทุมธานี พบว่า อสม. ในทีมหมอกรอบครัวมีการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับสูง ถือว่าเป็นเป็นไปตามสมมติฐานทุกด้าน

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. โดยมีการมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ซึ่งคนที่ เป็น อสม. เป็นผู้ทำงานด้านจิตอาสามาเป็นเวลานาน จึงมักได้รับความไว้วางใจคัดเลือกให้ปฏิบัติงานหรือดำรงตำแหน่งสำคัญในหมู่บ้านด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล และยุทธนา แยกคาย⁽¹⁷⁾ ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดสุโขทัย พบว่า การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ได้แก่ ประธานกรรมการชุมชนมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่าไม่เป็นประธานกรรมการชุมชน และตำแหน่งในกลุ่ม อสม. มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม. โดยพบว่า อสม. ที่มีตำแหน่งเป็นเลขานุการหรือเหรัญญิกมีการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ร้อยละ 100 ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่อยู่ในตำแหน่งนี้จะปฏิบัติงานและมีการประสานงานได้ดี ในส่วนของคะแนนความรู้ของ อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาสิริ ธัญญสวัสดิ์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอรินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินการจัดการหมู่บ้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และค่าเฉลี่ยแรงจูงใจของ อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของปรารค์ จักรไชย และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอกรอบครัว จังหวัดปทุมธานี พบว่าปัจจัย

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระยะเวลาเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนรับผิดชอบ การผ่านอบรม อสม.หมอประจำบ้านและปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ถือว่าเป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน คณะแนวความรู้ และค่าเฉลี่ยแรงจูงใจของ อสม. มีความสามารถพยากรณ์ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย สีหะวงษ์ และวุฒิชัย ศรีโชค⁽¹⁸⁾ ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครใช้หวัดนกในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 14 พบว่าความรู้ ความเชื่ออำนาจในตน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสามารถร่วมกันพยากรณ์บทบาทการป้องกันไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ร้อยละ 47.00

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2563]. จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G42_1.pdf.
2. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สถานการณ์ทั่วโลก [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤษภาคม 2563]. จาก <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>.
3. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. การระบาดทั่วของไวรัสโคโรนาในประเทศไทย พ.ศ. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤษภาคม 2563]. จาก https://th.wikipedia.org/wiki/การระบาดทั่วของไวรัสโคโรนาในประเทศไทย_พ.ศ._2563.
4. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ฉบับที่ 149 วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 เวลา 20.00 น. [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤษภาคม 2563]. จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no149-310563.pdf>.

สรุป

แรงจูงใจของ อสม. มีผลต่อการการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. มากที่สุด ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาบทบาทของ อสม. ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงานนั้น จะต้องให้ความสำคัญกับการกระตุ้นให้ อสม. เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่เสมอสร้างการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ และให้สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานที่เพียงพอและเหมาะสมเป็นพื้นฐาน บทบาทตำแหน่งในกลุ่ม อสม. และการมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้านเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. จึงควรมีการสับเปลี่ยนตำแหน่งสมาชิก อสม. ไปทำหน้าที่เลขานุการหรือเหรัญญิกเพื่อเพิ่มศักยภาพให้แก่ อสม. อีกทั้งส่งเสริมให้ อสม. ที่มีบทบาทหรือตำแหน่งอื่นในหมู่บ้านอีกให้ยังคงปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. ควบคู่ต่อไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจของ อสม. เพื่อให้ได้ผลการศึกษามาใช้พัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานต่อไป

5. กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. 2563. ที่ สธ 0705.03/ว 68. หนังสือราชการเรื่องขอความร่วมมือองค์กร “อสม. เคาะประตูบ้านต้านโควิด-19”. 3 มีนาคม 2563.
6. กระทรวงมหาดไทย. 2563. ที่ มท 0211.3/ว1416. หนังสือราชการเรื่องมาตรการเพื่อรองรับผู้เดินทางกลับจากสาธารณรัฐเกาหลี. 8 มีนาคม 2563.
7. กระทรวงมหาดไทย. 2563. ที่ มท 0211.3/ว1538. หนังสือราชการเรื่องการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) ในพื้นที่จังหวัด. 13 มีนาคม 2563.
8. กระทรวงมหาดไทย. 2563. ที่ มท 0211.3/ว1733. หนังสือราชการเรื่องมาตรการป้องกัน และลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน. 22 มีนาคม 2563.
9. ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดน่าน. รายงานสถานการณ์โรคโควิด 19(COVID-19) อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดน่านวันที่ 31 พฤษภาคม 2563 [แผ่นพับ]. น่าน: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์; 2563.
10. อสม. อาสาสมัครสาธารณสุข. พลัง อสม. มดงานด้านหน้า สู้โควิด แม้แต่ WHO ยังอดชื่นชมไม่ได้ [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2563]. จาก <http://www.xn--y3cri.com/contents/view/779>.
11. เสรี ลาภโรจน์.เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหาร การจัดการและการประเมินผลการศึกษา (หน่วยที่ 1-7).พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2537.
- 12.บุญใจ ศรีสถิตยารากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์=The methodology in nursing research.กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
13. ชมพูนุช สุภาพวานิช, อิมรอน วาเต๊ะ, กมลวรรณ วณิชชานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2563]; 12:34-50. จาก <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/210462/165578>
14. ธัญญาสิริ ฉันทสวัสดิ์, นิตยา จันทบุตร, ใจเพชร นิลบาร์นธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2563]; 8:1-10. จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/ubonresea/article/view/172892/139992>

15. จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ, ยุคนธ์ เมืองช้าง.แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2563]; 10:60-70. จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/187178/132481>
16. ปรางค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, วรเดช ช่างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2563]; 31:16-28. จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/97087/75604>
17. ณัฐพงษ์ เที่ยงกุล, ยุทธนา แยกคาย. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2563]; 29:314-322. จาก <http://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/8813/8110>
18. วันชัย สีหะวงษ์, วุฒิชัย ศรีโชค. การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครใช้หวัดนกในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 14. [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤษภาคม 2563]. จาก http://www.tnrr.in.th/2558/?page=result_search&record_id=10429849.

การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ที่รักษาในโรงพยาบาล

เยาวเรศ ก้านมะลิ คด. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

บทนำ: การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล เป็น 1 ใน 5 ของอุบัติการณ์จากหลายสาเหตุร่วมกันภายหลังพลัดตกหกล้มพบการบาดเจ็บทุกระดับความรุนแรงจำเป็นต้องหาวิธีการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม นำรูปแบบไปใช้จริง ศึกษาผลลัพธ์ และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ

วัสดุและวิธีการศึกษา: ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบบริการพยาบาล 3) นำรูปแบบไปใช้จริงและศึกษาผลลัพธ์ และ 4) ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินรายการปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: สถานการณ์พลัดตกหกล้มมีแนวโน้มสูงขึ้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม นวัตกรรมและการนิเทศทางการพยาบาลผลลัพธ์คือ จำนวนผู้ป่วยพลัดตกหกล้มลดลง, ไม่พบพลัดตกหกล้มซ้ำ, การปฏิบัติตามรายการ ร้อยละ 92.50, ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.42$, S.D. = 0.75) ค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพของรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.45$, S.D. = 0.73)

สรุป: รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มตามระดับความเสี่ยง นวัตกรรม และการนิเทศทางการพยาบาล สามารถช่วยลดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ

คำสำคัญ: พลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล

The Development of Nursing Services Model to Prevent Falls in Hospitalized Patients

Yaowaret Kanmali Ed.D.

Professional Registered Nurse, Research and Nursing

Development Department, Kalasin Hospital

Abstract

Background: Falls of hospitalized patients, one of the top five accidents, is an adverse event caused by many factors. After falling, It has been often found that injuries occur in every severe levels which is extremely necessary to find a way to prevent the occurrence of this incident effectively.

Objectives: To study the situation of problems and fall prevention of hospitalized patients, develop a nursing services model and examine its outcomes in order to prevent falls, and evaluate the effectiveness of the developed nursing services model.

Material and Method: This study using research and development approaches, divided into 4 phases: 1) situational analysis; 2) development of a nursing services model; 3) implementation and identification of its outcomes; and 4) evaluation of the effectiveness. Research instruments were the fall incident recording form, the assessment form of nursing practice, the satisfaction and the effectiveness evaluation form. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Result: The situation of falling in hospitalized patients tend to be increasing. The developed nursing services model consists: assessing risk of falls in hospitalized patients, initiating of the nursing practices, nursing innovation, and providing practical nursing supervision. The result: decreasing number and no repeated of falling in hospitalized patients. The percentage of nursing practice is 92.5. The overall score in average of satisfaction is at a high level ($\bar{x} = 4.20$, S.D.= 0.73). The overall score in average of effectiveness is at a high level ($\bar{x} = 4.20$, S.D.= 0.73)

Conclusion: Effective prevention model of falls consists: assessing risk of falls in hospitalized patients, initiating of the nursing practices follow fall risk level, nursing innovation, and providing practical nursing supervision can reduce the incidence of falling. The customer is satisfied.

Key words: fall, hospitalized patients

บทนำ

องค์การอนามัยโลก กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นหลักพื้นฐานสำคัญในระบบบริการสุขภาพ⁽¹⁾ เนื่องจากความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมา⁽²⁾ จากการประชุมสุดยอดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ณ กรุงลอนดอน สหราชอาณาจักร ได้กำหนดให้วันที่ 17 กันยายนของทุกปี เป็นวันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก (Global Day of Patient Safety)⁽³⁾ และเป็นวันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety)⁽⁴⁾ ยิ่งย้าให้เห็นชัดเจนว่าคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญในระบบบริการสุขภาพ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) หมายถึง การปราศจากอันตรายอันเป็นผลมาจากการดูแลรักษาโดยมิได้คาดหมายมาก่อน⁽⁵⁾ การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยพบเป็น 1 ใน 5 ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย⁽⁶⁾ จะเห็นได้จากทุกๆ ประเทศกำหนดการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล (Hospitalized fall) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพทางการแพทย์^(7,8) และถือว่าการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการพลัดตกหกล้มเป็นเป้าหมายหนึ่งในความปลอดภัยผู้ป่วยระดับสากล (Internal patient safety goal: IPSG)⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่กำหนดการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาล (2P Safety)⁽¹⁰⁾

ปัจจัยสาเหตุการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลมีหลายปัจจัยร่วมกันโดยจำแนกออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในร่างกาย เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โรคเรื้อรัง ทำทางการเดิน การทรงตัวการรับรู้ สายตา และยาที่ได้รับ เป็นสาเหตุการพลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 78⁽¹¹⁾ ส่วน

ปัจจัยภายนอกซึ่งส่วนใหญ่ป้องกันได้ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย⁽¹²⁾ เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มร้อยละ 14⁽⁵⁾

ภายหลังพลัดตกหกล้มพบการบาดเจ็บมากกว่าร้อยละ 30 ตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น เนื้อเยื่อฉีกขาดจนถึงการบาดเจ็บรุนแรงเช่น กระดูกหัก บาดเจ็บที่ศีรษะ และเสียชีวิต ซึ่งพบถึงร้อยละ 10-15⁽¹³⁾ อีกทั้งการพลัดตกหกล้มยังเป็นเหตุให้การเคลื่อนไหวลดลง สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองต้องการการดูแลมากขึ้น เกิดภาวะพังพืด เกิดปัญหาด้านจิตใจมีภาวะเครียด ซึมเศร้า ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง บางรายเกิดภาวะกลัวการพลัดตกหกล้มซ้ำ (Post fall syndrome) ทำให้ คุณภาพชีวิตลดลง และไม่ว่าการพลัดตกหกล้มจะมีความรุนแรงมากหรือน้อยย่อมส่งผลต่อค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัวและของสถานบริการทั้งสิ้น⁽¹³⁾ นอกจากนี้ การพลัดตกหกล้ม ยังทำให้บุคลากรผู้ดูแลรู้สึกผิด และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีจากครอบครัวของผู้ป่วยตามมา⁽¹⁴⁾

การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะในชุมชนหรือศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มและการประเมินภาวะเสี่ยง เพื่อเป็นพื้นฐานในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในขณะที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 จำนวน 6, 7 และ 9 ราย ตามลำดับ แม้จะได้ดำเนินการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (Root cause analysis) วางมาตรการป้องกัน และติดตามนิเทศทางการแพทย์แล้วก็ตาม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการป้องกันและพลัดตกหกล้มต่อไป

วัตถุประสงค์

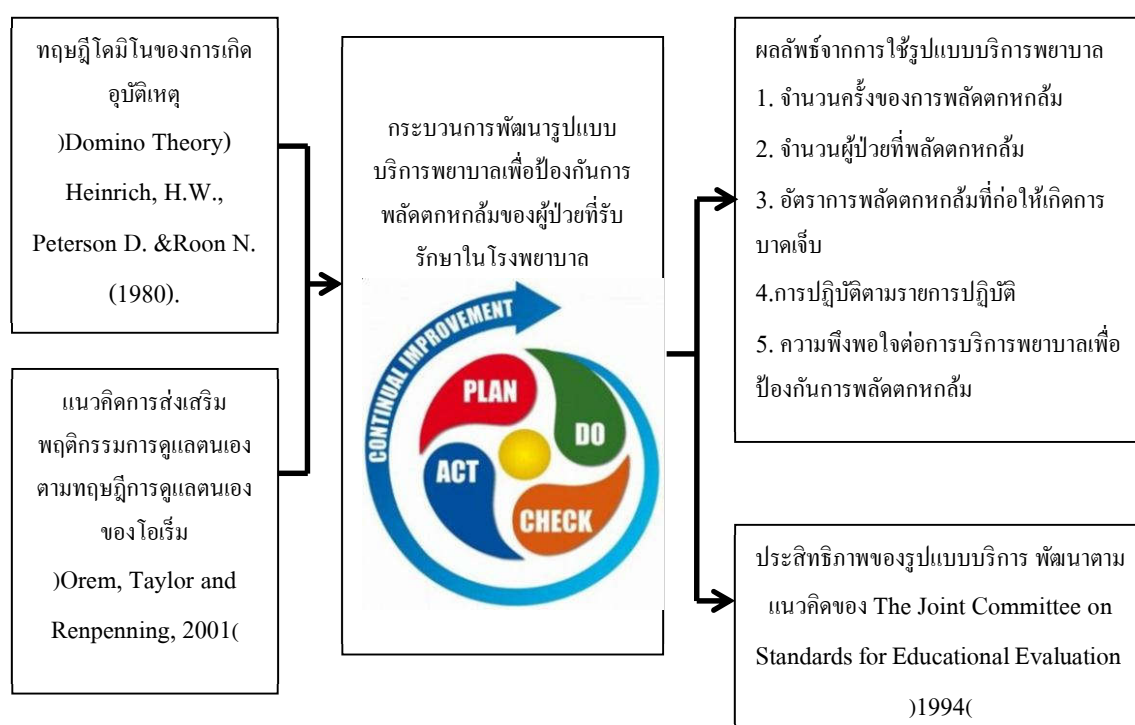
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล
3. เพื่อนำรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลตามทฤษฎีโดมิโนของการเกิดอุบัติเหตุ (Domino Theory)⁽¹⁵⁾ ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการดูแลตนเอง⁽¹⁶⁾ และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ Deming cycle ได้แก่ Plan, Do, Check, Act⁽¹⁷⁾ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

1) ขอบเขตด้านเนื้อหา กำหนดกิจกรรมต่างๆ ของรูปแบบบริการทางการพยาบาลตามทฤษฎีโดมิโนของการเกิดอุบัติเหตุ (Domino Theory)⁽¹⁵⁾ ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽¹⁶⁾

2) ขอบเขตด้านพื้นที่ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงใน 10 หอผู้ป่วย

3) ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 11 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล (วันที่ 1 มีนาคม-31 มีนาคม 2562)

กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างละ 25 คนและ 2) อาจารย์พยาบาลจำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Guideline for focus group discussion) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth question)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ปีงบประมาณ 2559-2561 และทบทวนหลักฐาน/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์และสัมภาษณ์เชิงลึกกับอาจารย์พยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-2 เพื่อให้ได้สาระสำคัญสำหรับพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลในระยะที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และจัดกลุ่ม (Categorized)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล (วันที่ 1 เมษายน-31 กรกฎาคม 2562)

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างละ 25 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่บริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน จำนวน 20 คน สำหรับประชุมระดมความคิดเพื่อกำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมของร่างรูปแบบบริการพยาบาล 2) ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน สำหรับตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของร่างรูปแบบ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 3) ผู้ป่วยในแผนกออร์โธปิดิกส์ จำนวน 222 คน สำหรับทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก และผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมจำนวน 316 คน สำหรับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ โดยสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) และ 4) พยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เจ้าของใช้ในแผนกออร์โธปิดิกส์ จำนวน 20 คน และแผนกศัลยกรรมจำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร่าง

รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและแบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของร่างรูปแบบบริการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ 1)

ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของร่างรูปแบบในภาพรวมเท่ากับ 4.96 และค่าดัชนีความสอดคล้องขององค์ประกอบร่างรูปแบบมีค่าเท่ากับ 1.002) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) จากการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามของประเด็นที่ต้องการวัดของแบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม, แบบประเมินรายการปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ และแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาล

โดยคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruency: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.90, 0.90, 0.85 และ 0.85 ตามลำดับและ 3. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือที่โดยหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (inter-rater reliability) ของแบบประเมินรายการปฏิบัติได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Item Total Correction) ของแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ และแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบโดยใช้เกณฑ์ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าตั้งแต่ 0.306-0.770 และ 0.455-0.860 ($r \geq 0.306$) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ทุกข้อ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลโดยใช้สาระสำคัญที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับ Deming cycle ตามวงรอบดังนี้

วงรอบที่ 1 พัฒนารูปแบบบริการ ทดลองใช้ใน กลุ่มเป้าหมายขนาดเล็กมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อระดมความคิดกำหนดองค์ประกอบของร่างรูปแบบ
ขั้นตอนที่ 2 ประชุมผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน้าที่บริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน เพื่อระดมความคิดในกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของร่างรูปแบบจากขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 ร่างรูปแบบบริการพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ขั้นตอนที่ 4 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและเครื่องมือเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสม และดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้ใน กลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก คือผู้ป่วยในแผนกออโรบิติกส์

ขั้นตอนที่ 6 ประชุมเพื่อประเมินผลเชิงคุณภาพเบื้องต้นของร่างรูปแบบ และปรับปรุง

วงรอบที่ 2 ทดลองใช้ใน กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทดลองใช้ใน กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (Pilot study) คือ ผู้ป่วยในแผนก ศัลยกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมเพื่อประเมินผลการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาและบ่งชี้ความพร้อมใช้ (field testing) ก่อนนำไปใช้จริง
การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลจากการประเมินผลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 3 นำรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (วันที่ 1 สิงหาคม 2562-31 มกราคม 2563)

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกสูติรีเวชกรรม และอายุรกรรม จำนวน 367คน และญาติของผู้ป่วย จำนวน 367 คน โดยสุ่มอย่างง่าย(Simple random sampling)
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เจ้าของไข้ที่เข้ารับรักษาในแผนกสูติรีเวชกรรม และอายุรกรรม จำนวน 116คนเลือกแบบเจาะจง(Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากขั้นตอนที่ 2 แล้ว ได้แก่วิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม, แบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม, แบบประเมินรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

วงรอบที่ 3 นำไปใช้จริงใน กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำรูปแบบบริการพยาบาลไป
ใช้จริงในแผนกสูติรีเวชกรรม และอายุรกรรม
ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และผลการประเมินการปฏิบัติ
วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล วิเคราะห์โดย
คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา
(content analysis)

ระยะที่ 4 ประเมินรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม(เดือนมกราคม 2563)

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพ กลุ่ม
เดียวกับกลุ่มเป้าหมายในระยะที่ 3 จำนวน 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบ
ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาล
เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินประสิทธิภาพ
ของรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัด
ตกหกล้ม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดย
คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา
(content analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย
โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการ
อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่010-2019

ผลการศึกษา

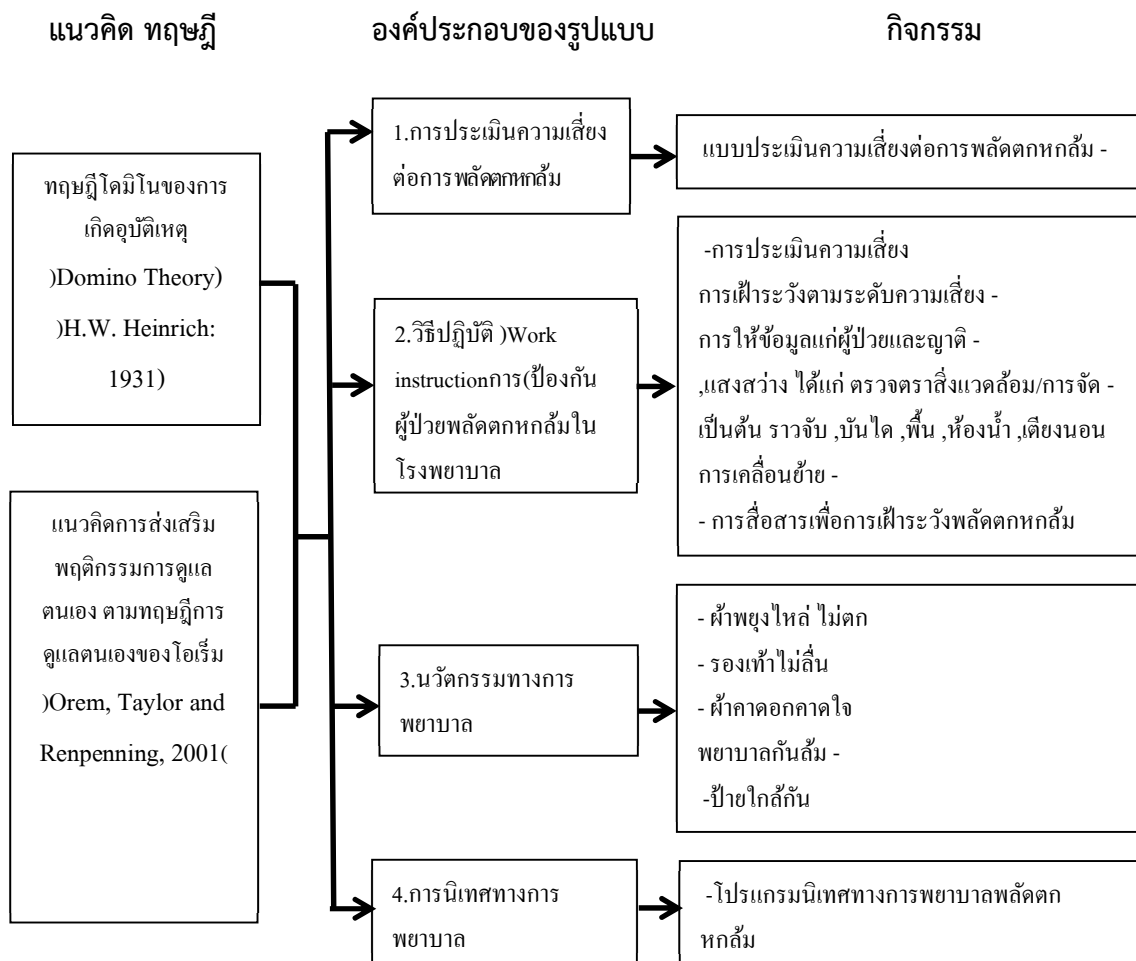
1. ผลการศึกษาศาณการณ ปัญหา และแนวทาง
การพัฒนารูปแบบป้องกันการพลัดตกหกล้มของ
ผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล

1.1 สถานการณ์การพลัดตกหกล้ม ปีงบประมาณ
2559-2561 พบจำนวนผู้ป่วยพลัดตกหกล้มใน
โรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวน 6, 7 และ 9
ครั้ง หรือคิดเป็น 0.14, 0.18 และ 0.22 ครั้ง/
1,000 วันผู้ป่วยนอน ตามลำดับ โดยพบการพลัด
ตกหกล้มกระจายทั่วไปในทุกแผนก สาเหตุจาก 1)
หน้ามีดขณะลุกนั่ง ยืน หรือเดินร้อยละ 22.73 2)
พื้นลื่น สะดุด พื้นต่างระดับ ร้อยละ 22.73 3)
ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ร่วมกับภาวะ
แอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.8 4) ตกเตียงขณะเอน
หิบบของ ร้อยละ 18.18, 5) ล้มขณะลงจากรถเปล
ร้อยละ 9.08 และ 6) โรคทางจิตเวชร้อยละ 9.08
โดยผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มร้อยละ 18.18 ได้รับ
บาดเจ็บรุนแรงได้แก่ มีเลือดออกในสมอง แท้งบุตร
และกระดูกขาหัก และร้อยละ 72.73 ได้รับ
บาดเจ็บเล็กน้อย ได้แก่ มีแผลถลอก แผลฉีกขาด
และฟกช้ำ

1.2 ปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
ได้แก่ ไม่มีวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก
หกล้มที่ชัดเจน การปฏิบัติเป็นไปตามประสบการณ์
ทางวิชาชีพของแต่ละบุคคล, ความเหลื่อมในการ
ตรวจตราสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย,
อุปกรณ์ไม่เพียงพอหรือชำรุด, ผู้ป่วยรายที่เสี่ยงต่อ
การพลัดตกหกล้มได้รับการประเมินไม่ครบถ้วน
หรือเฝ้าระวังไม่เพียงพอ และระบบนิเทศติดตามไม่
สม่ำเสมอ

2. รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตก
หกล้มที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบดังแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล



3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มไปใช้ใน 25 หอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 เดือน (วันที่ 1 สิงหาคม 2562-31 มกราคม 2563) ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลพลัดตกหกล้มดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลพลัดตกหกล้ม (N=381)

รายการผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา
1.จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม	2	
2.จำนวนผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้ม	2	0.03 ครั้ง/1,000 วันผู้ป่วยนอน
3.ร้อยละของการพลัดตกหกล้มที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย	1	50%
4.ร้อยละของการพลัดตกหกล้มที่ก่อให้เกิดกระดูกหัก	0	0%
5.สาเหตุของกลุ่มผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้ม		
5.1 ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และไม่ได้รับการป้องกัน	1	
5.2 มีการประเมินความเสี่ยง และได้รับการป้องกัน	1	

3.2 การปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของการปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยรวมและรายด้าน (n= 116)

การปฏิบัติตามรายการปฏิบัติการพยาบาล	ร้อยละ
1.การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	93.45
2. การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มตามระดับความเสี่ยง	
- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	88.45
- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม	95.60
3. การตรวจตราสิ่งแวดล้อม	96.60
4. การประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	91.59
5. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มจนกระทั่งจำหน่าย	93.41
6. การบันทึกทางการพยาบาล	88.40
รวม	92.50

3.3 ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อการบริการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยรวมและรายด้าน (n=367)

ความพึงพอใจต่อการบริการ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	4.82	0.38	มากที่สุด
ด้านการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม	4.70	0.49	มากที่สุด
รวม	4.42	0.75	มากที่สุด

3.4 ประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลโดยรวมและรายด้าน (n=116)

ประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ด้านอัตราประโยชน์	4.65	0.82	มากที่สุด
ด้านความเป็นไปได้	4.55	0.60	มากที่สุด
ด้านความเหมาะสม	4.40	0.80	มาก
ด้านความถูกต้องและครอบคลุม	4.20	0.72	มาก
รวม	4.45	0.73	มาก

วิจารณ์

อภิปรายผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ใน 4 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์ ปัญหา ที่พบว่า จำนวนผู้ป่วยพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มสูงขึ้น กระจายทั่วไปในทุกแผนก โดยสาเหตุมีความสัมพันธ์กับปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดังนั้น เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยต้องมีความไว ความน่าเชื่อถือ สามารถระบุตัวผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง และเป็นตัวส่งสัญญาณในการให้กิจกรรมพยาบาลได้⁽¹⁸⁾

2. รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบ ที่จำเป็นดังนี้
2.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เพื่อให้ทราบโอกาสของการพลัดตกหกล้ม และจัดกิจกรรมให้เหมาะสม⁽¹⁹⁾

2.2 วิธีปฏิบัติ (Work instruction) เพื่อป้องกันผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม โดยกิจกรรมได้มาจากระบวนการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากการวิเคราะห์ปัญหา และผู้ปฏิบัติงานภายใต้บริบทจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม⁽²⁰⁾

2.3 นวัตกรรมทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งควรต้องมีกิจกรรมหลายอย่างร่วมกันหรือเพื่อพิจารณาใช้ให้เหมาะสม⁽²¹⁾

2.4 การนิเทศทางการพยาบาลสามารถช่วยจูงใจและกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสมได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการใช้โปรแกรมนิเทศการพยาบาล ทำให้ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานเพิ่มจาก 3.98 เป็น 4.42 ($p=0.020$)⁽²²⁾

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง พบว่า การปฏิบัติตามรายการปฏิบัติโดยรวมร้อยละ 92.50 และพบผู้ป่วยพลัดตกหกล้มจำนวน 2 ครั้ง คิดเป็น 0.03 ครั้ง/1,000 วันผู้ป่วยนอน โดยมีแนวโน้มลดลงไม่พบการพลัดตกหกล้ม

ซ้ำ เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาล ตั้งแต่การค้นหาคำถามกำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมของร่างรูปแบบบริการพยาบาลภายใต้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ Deming cycle ได้แก่ Plan, Do, Check, Act ที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพเป็นระบบและต่อเนื่อง⁽¹⁷⁾ สามารถใช้ได้กับบริบทผู้ป่วยจริง

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.45$, $SD = 0.73$) เนื่องจากรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน ครบถ้วน และปฏิบัติได้ง่ายกล่าวคือ มีการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตั้งแต่ระยะแรกเริ่มใช้กิจกรรมเฝ้าระวังตามระดับความเสี่ยง ได้แก่ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ, การจัด/ตรวจตราสิ่งแวดล้อม, การดูแลการเคลื่อนย้ายและการสื่อสารเพื่อการเฝ้าระวังพลัดตกหกล้มตลอดจนการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล และการนิเทศทางการพยาบาล โดยในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น เกิดจากการทบทวนและบูรณาการวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น มีการกำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มตามระดับความเสี่ยงที่ประเมินได้ อย่างก็ตาม แม้มีการศึกษาเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม หากแต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนดังเช่นผลของศึกษาของ ลูติ มาทาสุวรรณอินทร์ และกรรณิการ์เทพกิจ⁽²³⁾ เป็นต้น ซึ่งบริบทชุมชนมีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล หรือเป็นการศึกษาเกี่ยวกับประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ⁽²⁴⁾ อย่างไรก็ตามแม้รูปแบบการบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจะมีความสอดคล้องบางส่วนในด้านการประเมินความเสี่ยงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา^(25,26) ได้แก่ กิจกรรมการเฝ้าระวังบางกิจกรรม แต่รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างกันโดยจุดเด่นของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ เป็นรูปแบบที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงการดูแลระหว่างอยู่

โรงพยาบาล มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติ รวมทั้ง
ใช้นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัด

ตกหกล้ม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการพยาบาลที่
ได้มาตรฐาน และปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?,2004(internet)cited 2019 June 20; Available : from <http://www.euro.who.int/document/>
2. DeMaria, J. Organizational Safety Culture . 2017 (internet cited 2019 June 28); Available : from <https://ishm.org/organizational-Safety-Culture>.
3. Dzau, V.J. Global Patient Safety 2017: A Call to Action. National Academy of Medicine Second Global Ministerial Summit on Patient Safety. 2017cited 2019 May 3;Available :from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/.../Patientensicherheit/Key>.
4. Bureau of information. Office of The Permanent Secretary, MOPH. Safety Patient and Health Personnel Safety Strategy of Thailand.2017 cited2019June, 28; from : Available https://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new
5. Saisamorn Chaleoykitti, Pornnapa Kamprow, Sompis Promdet.Patient Safety and Quality of Nursing Service.Journal of The Royal Thai Army Nurses,2014;15(2):66-70.
6. Loria, G. & Bhargava, A . Prevention of patient falls e A case study. Apollo Medicine,2013; 10(2): 175–80.
7. American Nurses Association [ANA], National Database of Nursing Quality Indicators. Cited 2018 Dec,30 from Available <https://www.nursingquality.org/data.aspx> and risk factors of 118 hospital falls on long-term care wards in Japan. J EvalClinPract,2012;18(3): 572-7.
8. Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. Nurse-sensitive indicators to reflect nursing care quality: a review and discussion of the issues. J. Clin. Nurs,2014; 23(13–14): 1785 95.
9. TipanetrNgamkala, PrakongIntarasombat, SupreedaMonkong. Synthesis of knowledge about prevention and fall management in patients.Rama Nurse Journal , 2011;17(1): 108-25.

10. Nursing Division, Ministry of Public Health . Guidelines for collecting indicators for nursing service quality development Annual 2019 . Nontaburee:Tawan Media Publishing Co., L.ted,2019.
11. PrasertAssonchai.Common health problems in the elderly and prevention^{5th} Department of Preventive and Social Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2015.
12. Cahill, S., Stancliffe, R.J., Clemson, L. and Durvasula, S. Reconstructing the fall: individual, behavioral and contextual factors associated with falls in individuals with intellectual disability. J Intellect Disabil Res,2014; 58(4): 321-2.
13. National Patient Safety Agency. Slips, trips and falls in hospital, the third report from the patient safety observatory. NPSA, 1-72 [Internet]: 2007cited 2018 October 5 from <http://www.npsa.nhs.uk>
14. Williams, T.A, King, G., Hill, A.M, Rajagopal, M., Barnes, T., Basu, A,...& Kidd, H. Evaluate of a fall prevention programme in an acute tertiary care hospital. Journal of Clinical Nursing,2007; 16:316-24.
15. Heinrich, H.W., Peterson D. &Roos N. Industrial Accident Prevention. McGraw-Hill: New York. 1980.
16. Orem, D. E., Taylor, S. G., &Renpenning, K. M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
17. Deming Edwards W.Out of the Crisis.USA: The Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study; 1995.
18. Perell, K.L., Nelson, A., Goldman, R.L., Luther, S.L., Prieto-Lewis, N., & Rubenstein, L.Z. Fall Risk Assessment Measures: An analytic Review. Gerontol A BiolSci Med Sci, 2001;56(12): 761-6
19. Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., Wood, J. &Kowanko, I. Fall in acute hospital: A systemic review. The Jonna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery,1998 ;cited 2019 April2, : Available from: <http://www.joannabriggs.edu.au/FALLS/fallsreview>
20. Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR]. Clinical practice guideline No.1.AHCPR, Publication, No.92-0032.(1992). Retrieved 28 February, 2019, from www.ahcpr.org.

21. Chiang RaiPrachanukroh Hospital. Regulations Falling patient prevention, falling ; 2017.
22. BenjapornPhaibunPhlaayoi and Chanphen S. Monyaphong.The effective of the participatory nursing supervision program Of head nurses on the performance of professional nurses in specialized cancer hospitals.Journal of Cancer,2017; 2(35) : 46-55.
23. TithimaTasuwaninand KannikaTappakit.Effects of a Falling Prevention Program for Elderly.Journal of Nursing and Health Care,2017;35(3) : 186-95.
24. Chung, H. and Aida Coralic. A multidisciplinary assessment instrument to predict fall risk in hospitalized patients: A prospective matched pair case study. Journal of Nursing Education and Practice.DOI:10.5430/JNEP.V6N6P1Corpus ID: 55868037 cited 2019 April2, : Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/>
25. Tipanetr Ngamkala, *PrakongIntarasombat* and *SupreedaMonkong*.A Synthesis of Research on Fall Prevention and Management in Hospitalized Patients. *Rama Nurs J*, 2011; 17(1) : 108-25.
26. Suree Harongjit, Somjai Puttapitukpol and Boontip Siritarungsri.The Development of a Fall Risk Assessment for Elderly Patients at the In-patient Unit in Somdetphraphutthaloetla Hospital, Samutsongkhram Province. The 6th STOU National Research Conference.cited 2019Apri 2, : Available from: https://www.stou.ac.th/thai/grad_stdy/Masters/

การติดเชื้อจากฟันชนิดลูตวิค แองไจน่า: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

เกียรติศักดิ์ บั้งนิช ท.บ., ว.ท.ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช

บทคัดย่อ

การติดเชื้อจากฟันชนิดลูตวิค แองไจน่า เป็นการติดเชื้อที่มีการลุกลามอย่างรวดเร็วและรุนแรง โดยมีลักษณะบวมแดงบริเวณเนื้อเยื่อในโพรงใต้คางและใต้ลิ้นทั้งสองข้าง หากอาการเป็นรุนแรงมากขึ้น อาการบวมจะทำให้ลิ้นถูกดันไปด้านหลังติดกับเพดานปากทำให้ปิดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน เกิดอาการหายใจลำบากได้ บทความนี้เป็นการรายงานผู้ป่วย 1 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชายอายุ 50 ปีที่มีอาการติดเชื้อจากฟันกรามล่างด้านขวาที่ผุและโยก และมีการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นลูตวิค แองไจน่า ผู้ป่วยมาด้วยอาการบวมแดงบริเวณเนื้อเยื่อในโพรงใต้คางและใต้ลิ้นทั้งสองข้าง, อ้าปากได้น้อย รวมถึงมีอาการปวด มีไข้ หนาวสั่น ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดเจาะระบายหนองร่วมกับการถอนฟันที่เป็นสาเหตุและให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมทางหลอดเลือดดำจนอาการดีขึ้น อาการบวมลดลงและอ้าปากได้มากขึ้น ดังนั้นการวินิจฉัย, การรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อลูตวิค แองไจน่าได้

คำสำคัญ: การติดเชื้อจากฟันชนิดลูตวิค แองไจน่า

Ludwig's Angina From Infected Tooth: A Case Report

Kieattisak Pangwanit DDS.

Oral and Maxillofacial Surgery Unit

Department of Dentistry, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Ludwig's angina is a form of severe acute diffuse cellulitis that rapidly spreads bilaterally affecting the submandibular, sublingual and submental areas that can have lethal consequences due to upper airway obstruction. This case described a 50-years-old with Ludwig's angina that evolved from a chronic odontogenic infection. He presented with perioral swelling with the involvement of bilateral submandibular, bilateral sublingual and submental areas, difficult in mouth opening accompanied by excruciating pain, chill and fever. He was treated with adequate antibiotic and surgery for infection. He responded well to the treatment and his condition improved. Our early recognition and proper treatment helped to prevent complications from Ludwig's angina.

Key words: Ludwig's angina, Odontogenic infection

บทนำ

การติดเชื้อจากฟันเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในงานทันตกรรม จนบางครั้งผู้ป่วยหลายคนละเลยต่อปัญหานี้ อย่างไรก็ตามการละเลยปัญหาเหล่านี้ อาจนำไปสู่การติดเชื้อบริเวณใบหน้า ขากรรไกร และลำคอที่รุนแรงได้ ลูดวิก แองไจน่า (Ludwig angina) เป็นการติดเชื้อบริเวณใบหน้า ขากรรไกร ชนิดหนึ่งที่มีสาเหตุมาจากฟันทำให้เกิดการติดเชื้อที่รุนแรง สามารถแพร่กระจายไปยังบริเวณคอ ช่องทรวงอก เยื่อหุ้มปอด และเยื่อหุ้มหัวใจได้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที⁽¹⁾

ลูดวิก แองไจน่า เป็นการติดเชื้อที่รุนแรงในบริเวณขากรรไกรล่างที่ลุกลามครอบคลุมเนื้อเยื่อใต้ขากรรไกร (Submandibular space), เนื้อเยื่อใต้ฐานของลิ้น (Sublingual space) และเนื้อเยื่อใต้คาง (Submental space) ทั้งสองข้างของขากรรไกรล่าง⁽²⁾ ทำให้เนื้อเยื่อใต้ขากรรไกร และเนื้อเยื่อใต้คางมีลักษณะบวม แข็ง (Browny swelling) มีการบวมของเนื้อเยื่อพื้นช่องปากทำให้ลิ้นถูกดันให้สูงขึ้นทำให้เกิดหายใจลำบาก ส่งผลทำให้เกิดทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน⁽³⁾

สาเหตุของการติดเชื้อลูดวิก แองไจน่า ส่วนใหญ่มาจากฟัน แต่ก็มีสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อชนิดนี้ได้เช่นกัน ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บเกิดบาดแผลบริเวณเนื้อเยื่อใต้ลิ้น, กระดูกอักเสบของขากรรไกร (Osteomyelitis of jaw), ภาวะอักเสบของหูชั้นกลาง (Otitis media), ต่อม้ำลายอักเสบ (Sialadenitis), นิ่วในต่อม้ำลาย (Sialolithiasis of submandibular gland) เป็นต้น⁽⁴⁾

ในยุคก่อนการพัฒนายาต้านจุลชีพ อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อลูดวิก แองไจน่าอยู่ที่ประมาณร้อยละ 50 และลดลงเหลือร้อยละ 8 ภายหลังจากที่มีการนำยาต้านจุลชีพมารักษาอาการติดเชื้อร่วมกับการพัฒนาทางด้านการรักษา^(5,6)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 50 ปี มาพบทันตแพทย์ที่หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ด้วยอาการบวมแดงบริเวณใต้คางและใต้ขากรรไกรทั้งสองข้างและอ้าปากได้น้อยลงมาประมาณ 3 วัน ผู้ป่วยให้ประวัติว่าฟันกรามล่างด้านขวามีอาการโยกและผุมาหลายเดือน เคยมีอาการปวด เป็นๆหายๆ ซึ่บจากร้านขายยามารับประทานอาการแล้วดีขึ้น แต่ครั้งนี้มีอาการบวมหลังจากมีอาการบวมได้ 1 วันผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่คลินิกเอกชนได้ยามารับประทานไม่ทราบชนิดแต่อาการไม่ดีขึ้น จึงมาพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ผู้ป่วยให้ประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ เบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจุบันรับประทานยา เมทฟอร์มิน (Metformin) 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร, อินาลาพริล (Enalapril) 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, แอมโลดิปีน (Amlodipine) 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, แอสไพริน (Aspirin) 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และซิมวาสแตติน (Simvastatin) 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธประวัติดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ปฏิเสธประวัติการใช้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์

การตรวจร่างกายทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซีด ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง ไม่พบลักษณะการอุดตันของการเดินหายใจส่วนบน มีไข้ (38 องศาเซลเซียส) สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 150/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที และอุณหภูมิกาย 38.0 องศาเซลเซียส ส่วนสูง 175 เซนติเมตร น้ำหนัก 98 กิโลกรัม การตรวจอวัยวะอื่นๆ พบหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ไม่มีเสียงผิดปกติของการเต้นของหัวใจ เสียงปอดดังเท่ากันดีทั้งสองข้าง ไม่มีตับม้ามโต สภาพภายนอกช่องปากพบมีการบวมบริเวณใต้คางและใต้ขอบขากรรไกรล่างทั้งสองด้าน ผิวมีลักษณะแดงและอุ่น อ้าปากได้ 2.5 เซนติเมตร

รู้สึกกลืนน้ำลายเจ็บคอ แต่สามารถหั่นคอได้ปกติ และสภาพภายในช่องปากพบฟันกรามล่างแท้ซี่ที่สองด้านขวา (Right lower second molar) ผุ และโยกระดับ 3 เหงือกอักเสบระดับปานกลาง

เนื้อเยื่อใต้ฐานของลิ้นทั้งสองด้านบวมเพิ่มมากขึ้น และฟันช่องปากถูกยกสูงขึ้น ลิ้นถูกยกสูงขึ้น ลิ้นไถ่อยู่ในตำแหน่งปกติ ไม่พบการบวมบริเวณในลำคอ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ลักษณะภายนอกช่องปากพบการบวมบริเวณใต้คาง และใต้ขากรรไกรล่างทั้งสองด้าน ผิวหนังมีลักษณะแดงและอุ่น ภายในช่องปากพบเนื้อเยื่อใต้ฐานลิ้นทั้งสองข้างบวมแดงและฟันช่องปากถูกยกสูงขึ้น

การตรวจภาพรังสีเนื้อเยื่อบริเวณลำคอ ด้านข้าง (Lateral soft tissue neck) (รูปที่ 2 ก.) และ ภาพรังสีพาโนรามิก (Orthopantomogram) (รูปที่ 2 ข.) พบลักษณะเนื้อเยื่อบวมบริเวณใต้คาง

ไม่พบการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณหน้าต่อกระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical vertebrae) และพบการละลายของกระดูกรอบข้อเข้าฟันกรามล่างแท้ซี่ที่สองด้านขวาร่วมกับมีเงาดำที่ปลายรากฟัน



รูปที่ 2 ก. ภาพรังสีเนื้อเยื่อบริเวณลำคอ ด้านข้าง พบลักษณะเนื้อเยื่อบวมบริเวณใต้คาง



รูปที่ 2 ข. ภาพรังสีพาโนรามิกพบลักษณะการละลายของกระดูกรอบข้อเข้าฟันกรามล่างแท้ซี่ที่สองด้านขวา

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าฮีโมโกลบิน (Haemoglobin) 12.7 กรัมเปอร์เซ็นต์ ฮีมาโตคริต (Haematocrit) ร้อยละ 39.9 จำนวนเม็ดเลือดขาว (White blood cell count) 13,100 ตัวต่อ 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ประกอบด้วยนิวโทรฟิล (Neutrophil) ร้อยละ 85, ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ร้อยละ 8, โมโนไซต์ (Monocyte) ร้อยละ 7 และเกล็ดเลือด (Platelet) 229,000 ตัวต่อ 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ระดับยูเรียในกระแสเลือด (Blood urea nitrogen) 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, ครีเอตินิน (Creatinine) 1.19 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, โซเดียม (Sodium) 140 มิลลิโมลต่อลิตร, โพแทสเซียม (Potassium) 3.2 มิลลิโมลต่อลิตร, คลอไรด์ (Chloride) 101 มิลลิโมลต่อลิตร, ไบคาร์บอเนต (Bicarbonate) 25 มิลลิโมลต่อลิตร, ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (Fasting blood sugar) 206 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การวินิจฉัยแรกรับ คือ ลูติค แองไจน่า ที่มีสาเหตุจากฟันกรามล่างแท้ซี่ที่สองด้านขวา โดยมีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จึงรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากเป็นการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟันที่รุนแรงบริเวณใบหน้า ช่องปากและลำคอร่วมกับจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน แผนการรักษา ได้แก่ เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยงดน้ำและอาหาร ก่อนการดมยาสลบ ให้ออกซิเจน, สารน้ำร่วมกับแก้ไขภาวะโพแทสเซียมในกระแสเลือดต่ำ และให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำเป็น เซฟไตรอะโซน (Ceftriaxone) 2 กรัม วันละ 1 ครั้ง และคลินดาไมซิน (Clindamycin) 600 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสี ร่วมกับการปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อควบคุมโรค

ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยอายุรแพทย์ให้อินซูลิน (Insulin) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงก่อนผ่าตัด ปรึกษาวิสัญญีแพทย์เรื่องภาวะใส่ท่อช่วยหายใจจากการอ้าปากได้จำกัดร่วมกับผู้ป่วยมีลักษณะอ้วน คอสั้น ปรึกษาสต ศอ นาสิกแพทย์เรื่องการเจาะคอ ในกรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ วางแผนกริดระบายหนองบริเวณใต้คางและขากรรไกรทั้งสองข้างร่วมกับถอนฟันกรามล่างขวาซี่ที่สองที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ

ในขั้นตอนการผ่าตัด ได้ผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบโดยวิสัญญีแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกด้วยวิธีส่องกล้องขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว (Awake fiberoptic nasoendotracheal Intubation) ทำการกริดระบายหนองบริเวณใต้คางและใต้ขากรรไกรทั้งสองข้างเพื่อเข้าสู่ช่องฝังฝีที่มีการติดเชื้อ (รูปที่ 3) พบเป็นช่องหลวม (Loose space) ต่อเนื่องกัน หนองสีเหลืองมีกลิ่นเหม็นประมาณ 20 ซีซี และมีฟองอากาศในเนื้อเยื่อ ทำการเก็บหนองเพื่อส่งตรวจย้อมแกรมและเพาะเชื้อทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ ทำการล้างแผลด้วยโพวิดีนและน้ำเกลือ ร่วมกับใส่ท่อระบายหนองในทุกตำแหน่งที่กริดระบายหนอง จากนั้นถอนฟันกรามล่างแท้ซี่ที่สองด้านขวา (Right lower second molar) ซึ่งเป็นฟันซี่ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อและไม่พบหนองจากแผลถอนฟัน ร่วมกับถอนฟันกรามบนแท้ซี่ที่สองด้านขวา (Right upper second molar) และฟันกรามบนแท้ซี่ที่สองด้านซ้าย (Left upper second molar) ที่โยกมากร่วมด้วย หลังผ่าตัดวิสัญญีแพทย์ประเมินการหายใจของผู้ป่วย พิจารณาท่อช่วยหายใจกลับห่อผู้ป่วยก่อนและไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด



รูปที่ 3 ตำแหน่งของการผ่าตัดและตำแหน่งการวางท่อระบายหนอง บริเวณช่องฝังฝีใต้คางและใต้ขากรรไกรทั้งสองข้าง

การดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด พิจารณาให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องเป็นเซฟไตรอะโซน 2 กรัม วันละ 1 ครั้ง และคลินดาไมซิน 600 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ผลการย้อมแกรมรายงานว่าเป็นเชื้อแกรมบวกรูปกลมและรูปแท่ง (Gram positive cocci and bacilli) และเชื้อแกรมลบรูปแท่ง (Gram negative bacilli) เป็นจำนวนมาก อายุรแพทย์ได้พิจารณาฉีดอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยระหว่างนอนโรงพยาบาลและพิจารณาให้ยารักษาความดันโลหิตสูงเดิมที่ผู้ป่วยรับประทานยกเว้นยาแอสไพริน ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดใบหน้ายุบวมลง ผู้ป่วยสามารถหายใจผ่านท่อช่วยหายใจได้ดี จึงพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจออก หลังจากถอดท่อช่วยหายใจพบผู้ป่วยหายใจได้ดี ไม่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ไม่มีภาวะหอบเหนื่อย ตำแหน่งของแผลที่กริดระบายหนองพบว่ามีหนองน้อยลงและแผลเริ่มตื้นมากขึ้นและผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อขึ้น ยกเว้นตำแหน่งแผลใต้ขากรรไกรด้านขวายังพบหนองสีเหลืองจำนวนมากและเนื้อเยื่ออักเสบ (Granulation tissue) จึงเก็บตัวอย่างหนองเพื่อส่งย้อมแกรมและเพาะเชื้อทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะอีกครั้ง ผลเป็นอะซิเนโตแบคเตอร์ บอมมานิไอ (*Acinetobacter baumannii*) พบ

เชื้อดื้อต่อยาปฏิชีวนะที่ให้เดิมทั้งสองชนิด จึงปรึกษาอายุรแพทย์พิจารณาเปลี่ยนยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ เป็นอะมิคาซิน (Amikacin) 750 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง และโคลิสติน (Colistin) 150 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง โดยให้ต่อเนื่องเป็นเวลาอีก 7 วัน หลังจากนั้นหนองบริเวณใต้ขากรรไกรด้านขวาค่อยๆ น้อยลงและแผลบริเวณใต้คางและใต้ขากรรไกรทั้งสองข้างค่อยๆ ตื้นขึ้น ร่วมกับการฝึกอ้าปากทุกวันทำให้ผู้ป่วยอ้าปากได้ใกล้เคียงเดิม วันที่ 11 หลังการผ่าตัดอาการโดยรวมผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มีหนองออกจากแผลที่กริดระบายหนองในทุกตำแหน่ง ร่วมกับอ้าปากได้ 3.5 เซนติเมตรซึ่งใกล้เคียงค่าปกติ (4 เซนติเมตร) จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์ หลังผ่าตัดอาการบวมยุบลง ไม่มีหนองไหลซึม ไม่พบลักษณะการติดเชื้อ เนื้อเยื่อบริเวณแผลผ่าตัดที่ใต้คางและใต้ขากรรไกรทั้งสองข้างตื้นมากขึ้น และอ้าปากได้มากขึ้นเป็น 3.8 เซนติเมตร 1 เดือนภายหลังการผ่าตัด ใบหน้ายุบเป็นปกติ แผลระบายหนองนอกช่องปากหายเป็นปกติ มีแผลเป็นเล็กน้อย เนื้อเยื่อบริเวณใต้ลิ้นยุบเป็นปกติ แผลถอนฟันหายเป็นปกติ (รูปที่ 4) ไม่พบการติดเชื้อซ้ำ ผู้ป่วยสามารถอ้าปากและกัดสบฟันได้ปกติ



รูปที่ 4 ลักษณะการใบหน้าเป็นปกติ ไม่พบการบวมบริเวณเนื้อเยื่อใต้คาง เนื้อเยื่อใต้ฐานลิ้น พื้นช่องปาก และเนื้อเยื่อใต้ขากรรไกรทั้งสองข้าง

วิจารณ์

Wilhelm Frederick von Ludwig เป็น ศัลยแพทย์ชาวเยอรมันรายงานการติดเชื้อลูติค แองไจนาครั้งแรกในปี ค.ศ.1836⁽⁷⁾ และพบว่าการติดเชื้อนี้มีความสัมพันธ์กับพื้นที่เป็นหนอง ต่อมา Grodinsky and Holyoke⁽⁸⁾ ได้ให้เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคนี้ไว้ คือ เป็นการอักเสบของเนื้อเยื่อ (Cellulitis) เกิดที่เนื้อเยื่อใต้คาง, เนื้อเยื่อใต้ขากรรไกรและเนื้อเยื่อใต้ลิ้นทั้งสองข้าง มักมีการตายของเนื้อเยื่อ (Gangrene) มีน้ำเหลืองปนเลือด (Serosanguinous fluid) โดยพบหนองน้อยมาก หรือไม่พบเลย และลุกลามไปยังโพรงเนื้อเยื่อข้างเคียง (Fascial space) ไปสู่อวัยวะอื่นได้

สาเหตุส่วนใหญ่ของการติดเชื้อลูติค แองไจนา มีสาเหตุจากฟันพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 70-90^(6,9) และพื้นที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่เป็นฟันกรามหลังล่าง สาเหตุที่ไม่ใช่จากฟันพบว่าการติดเชื้อบริเวณต่อมทอลซิล คอและหูก เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ที่มีสาเหตุการติดเชื้อจากฟันกรามหลังล่างด้านขวาที่โยก เชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุพบว่ามีความหลากหลายชนิดปะปนกัน (Mixed infection) มีการศึกษาถึงเชื้อจุลินทรีย์ที่พบเป็นกลุ่มเชื้อแบคทีเรียที่อาศัยออกซิเจนแบบบวกร ได้แก่ กลุ่มสเตรปโตคอคคัส (Streptococcus) ร้อยละ 42 ถึง 91, กลุ่มสแตฟิโลคอคคัส (Staphylococcus) ร้อยละ 38 กลุ่มเชื้อแบคทีเรียที่อาศัยออกซิเจนแบบลบ พบร้อยละ 25 และกลุ่มแบคทีเรียที่ไม่

อาศัยออกซิเจน (Anarobe) ในผู้ป่วยรายนี้สังเกตจากหนองสีเหลืองมีกลิ่นเหม็นและการมีฟองอากาศเกิดขึ้นในเนื้อเยื่อ แรกรับผู้ป่วยจึงพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่ครอบคลุมทั้งเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบที่อาศัยออกซิเจนและไม่อาศัยออกซิเจน โดยให้คลินดามัยซินและเซฟไตรอะซอน แต่หลังจากกริดระบายหนองแล้วในวันที่ 4 หลังการผ่าตัดพบผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำและมีหนองไหลจากใต้ขากรรไกรล่างด้านขวามากเพียงตำแหน่งเดียว จึงพิจารณาเก็บหนองเพื่อส่งตรวจย้อมแกรมและเพาะเชื้อทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะอีกครั้ง ผลที่ได้เป็นเชื้อ อซิเนโตแบคเตอร์ บอมมานิไอ ซึ่งต้องอาศัยยาต้านจุลชีพเดิม จึงปรึกษาอายุรแพทย์และได้เปลี่ยนเป็นยาอะมิคาซินและโคลิสตินแทน เป็นผลให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับจนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

การรักษาลูติค แองไจนา มีข้อพิจารณาเช่นเดียวกับการรักษาการติดเชื้อบริเวณใบหน้าและกระดูกขากรรไกรชนิดอื่นๆ แต่ต้องมีสิ่งพิจารณาเป็นพิเศษและลำดับแรกคือ การป้องกันการอุดตันของระบบทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยลูติค แองไจนาแต่ละรายจำเป็นต้องดูแลระบบทางเดินหายใจที่แตกต่างกันขึ้นกับความรุนแรงของการติดเชื้อ^(10,11) ในผู้ป่วยรายนี้ แรกรับยังสามารถหายใจได้เอง อัตราการหายใจและร้อยละความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุดตันของทางเดินหายใจส่วนต้น

เฉียบพลัน สำหรับการผ่าตัดจำเป็นต้องพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) หรือเจาะคอ (Tracheostomy)^(12,13) ซึ่งทั้งสองวิธีนี้ต้องอาศัยแพทย์ที่มีความชำนาญเพื่อป้องกันอันตรายและข้อแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้แจ้งวิสัญญีแพทย์ถึงภาวะการฉีใส่ท่อช่วยหายใจยากและแจ้งสต คอ นาสิกแพทย์สำหรับการเตรียมเจาะคอในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ

การผ่าตัดกรีดระบายหนอง เพื่อลดแรงดันในช่องฝังฝีที่มีการติดเชื้อ แม้จะไม่มีหนองหรือมีเพียงเล็กน้อยก็ตาม ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การรักษา⁽¹⁴⁾ มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเจาะระบายหนองมีอัตราการหายที่ช้ากว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายหนอง⁽¹⁵⁾ ตำแหน่งและขนาดของแผลที่เจาะระบายหนองมีทั้งชนิดแผลเดียวขนาดใหญ่หรือชนิดแผลเล็ก หลายตำแหน่ง ซึ่งพบว่าแผลขนาดเล็กหลายตำแหน่งสามารถระบายได้อย่าง

เพียงพอ⁽¹⁶⁾ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการเจาะระบายหนองด้วยแผลขนาดเล็กและมีการระบายหนองที่ตีรวมถึงแผลเป็นที่เกิดก็มีขนาดเล็ก

อย่างไรก็ตามการผ่าตัดกรีดระบายหนองและการกำจัดสาเหตุของการติดเชื้อออกไปร่วมกับการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงและลดอัตราการตายลงได้⁽¹⁷⁾

สรุป

แม้ว่าจะมีพัฒนางานด้านทันตกรรม, การเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปากรวมถึงการพัฒนาทางด้านจุลชีพให้มีประสิทธิภาพอย่างแพร่หลาย แต่การละลายการติดเชื้อในช่องปากสาเหตุจากฟันผุหรือฟันโยก อาจนำมาสู่การติดเชื้อที่รุนแรงได้ การติดเชื้อลุควิค แองไจน่าหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่การเกิดข้อแทรกซ้อนที่รุนแรงจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Barakate MS, Jensen MJ, Hemli JM, Graham AR. Ludwig's angina: Report of a case and review of management issues. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110: 453-6.
2. Greenberg S, Huang J, Chang RS, Ananda SN. Surgical management of Ludwig's angina. *ANZ J Surg* 2007; 77: 540-3.
3. Bross-Soriano D, Arrieta Gómez JR, Prado- Calleros H, et al. Management of Ludwig's angina with small neck incisions: 18 years experience. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130: 712-7.
4. Balasubramanian S, Elavenil P, Shanmugasundaram S, Himarani J, Krishnakumar Raja V. Ludwig's angina: a case report and review of management. *SRM J Res Dent Sci* 2014; 5: 211-4.
5. Bansal A, Miskoff J, Lis RJ. Otolaryngologic critical care. *Crit Care Clin* 2003; 19(1): 55-72.
6. Moreland LW, Corey J, McKenzie R. Ludwig's angina report of a case and review of the literature, *Arch Intern Med* 1988; 148: 461-6.

7. Burke J, Ludovici A. A translation, together with a biography of Wilhelm F. V. Ludwig, Bull. Hist. Med. 7 1939; 1115–26.
8. Grodinsky M. Ludwig's angina: an anatomical and clinical study with review of the literature, Surgery 5 1939; 678–96.
9. Britt JC, Josephson GD, Gross CW. Ludwig's angina in the pediatric population: report of a case and review of the literature. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000; 52: 79-87.
10. Nagaria A, Malliwal A, Doshi CM, et al. Ludwig's angina: a case report and review of airway management options. Indian J Basic and Applied Med Res 2015; 4: 266-8.
11. Marple BF: Ludwig angina. A review of current airway management. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 125: 596-9.
12. Kulkarni AH, Pai-Swarupa D, Bhattarai B, et al. Ludwig's angina and airway considerations: a case report. Cases Journal 2008; 1: 1-4.
13. Barton ED, Bair AE. Ludwig's angina. Selected topics; difficult airway. J Emer Med 2008; 34: 163-9.
14. Spitalnic SJ, Sucov A. Ludwig's angina: case report and review. J Emerg Med 1995; 13: 499-503.
15. Patterson HC, Kelly JH, Strome M. Ludwig's angina: an update. Laryngoscope 1982; 92: 370-8.
16. Iwu CO. Ludwig's angina: a report of seven cases and review of current concepts in management. Br J Oral Maxillofac Surg 1990; 28: 189-93.
17. Greenberg S, Huang J, Chang RS, Ananda SN. Surgical management of Ludwig's angina. ANZ J Surg 2007; 77: 540–3.

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยที่มีฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด :**รายงานผู้ป่วย**

อรวีร์ ปิยะศิริโสฬส ท.บ., วท.ม. (วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก),ว.ท. (ทันตกรรมจัดฟัน)

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิชล

บทคัดย่อ

ฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด เป็นหนึ่งในความผิดปกติที่ทันตแพทย์จัดฟันพบได้บ่อย ภายหลังจากการวินิจฉัยได้แล้ว การวางแผนการรักษาจำเป็นต้องมองคนไข้แบบองค์รวม โดยพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายๆ ประการ คือ ความสัมพันธ์และโครงสร้างของใบหน้า ลักษณะของการสบฟัน อายุของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการรักษามีอยู่สองทางเลือกใหญ่ๆ คือ ผ่าตัดเอาฟันคุดออก หรือช่วยให้มีการงอกขึ้นมาของฟันคุด บทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 11 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด ฟันซ้อนเก ฟันหน้ายื่น จากการตรวจทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยมีรูปร่างใบหน้าด้านข้างนูน การสบฟันกรามเป็นแบบที่ 1 ร่วมกับมีฟันกรามน้อยซี่ที่สองบนและล่างด้านซ้ายคุด แผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนี้ คือ การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันร่วมกับการถอนฟันกรามน้อยล่างซี่ที่หนึ่ง และช่วยให้มีการงอกขึ้นมาของฟันคุดโดยไม่ต้องใช้แรงดึงทางทันตกรรมจัดฟัน ผลการรักษาพบว่าฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดสามารถขึ้นมาในส่วนโค้งแนวฟันโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยมีการสบฟันที่ดีขึ้น มีรอยยิ้มที่สวยงาม เพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: ฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด ทันตกรรมจัดฟัน

Orthodontic treatment of second premolar impaction : A Case Report

Orrawee Piyasirisorost, D.D.S., Master of science (Oral Science),Dip. (Orthodontics)
Department of Dentistry, Sichon Hospital.

Abstract

Second premolar impaction is one of the most frequently impacted tooth. In selecting an appropriate treatment option, several factors should be considered. Unerupted premolar can be treated by either surgical removal or exteriorization. This paper report an 11 year old girl with chief complaint of second premolar impaction, severe crowding and protruded upper anterior teeth. Clinical examination revealed that maxillary and mandibular left second premolar were impacted. A conventional orthodontic fixed appliance was used to create space for second premolar eruption. Once adequate space was create, the second premolar erupted spontaneously without applying any force. Spacemaintaining is the key to successful of these case. Improved occlusion, smile, facial esthetics and improved psycho-social confidence were achieved.

Key words: Premolar impaction, Orthodontic treatment

บทนำ

ฟันคุด(impacted tooth)หมายถึง ฟันที่ไม่สามารถขึ้นสู่ช่องปากได้ เนื่องจากมีสิ่งกีดขวางหรือมีความผิดปกติของตำแหน่ง และทิศทางการขึ้นของฟัน⁽¹⁾ การเกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองล่างคุด(mandibular second premolar impaction) พบมากเป็นอันดับสาม รองลงมาจากฟันกรามซี่ที่สามและฟันเขี้ยวบนตามลำดับ⁽²⁾ โดยพบอุบัติการณ์การเกิดฟันกรามน้อยคุดร้อยละ 0.5 โดยแยกเป็นร้อยละ 0.1 - 0.3 ในขากรรไกรบน และร้อยละ 0.2 - 0.3 ในขากรรไกรล่าง⁽³⁾

สาเหตุหลักของการเกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดคือการสูญเสียฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองไปก่อนกำหนด^(4,5) ทำให้มีการล้มเอียงของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งไปทางด้านใกล้กลาง(mesioangular) และล้มเอียงของฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งไปทางด้านไกลกลาง(distoangular) ส่งผลให้ขาดช่องว่างในส่วนโค้งแนวฟัน(dental arch) สำหรับการขึ้นของฟันกรามน้อยซี่ที่สอง นอกจากนี้การเกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดอาจเกิดได้จากฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองหลุดช้ากว่ากำหนด(over-retained) ภาวะฟันยึดแข็ง(ankylosis)⁽⁶⁾ ตำแหน่งและแนวการขึ้นเดิมของหน่อฟันกรามน้อยซี่ที่สองผิดปกติ(ectopic positioning) และพยาธิสภาพอื่นๆที่ขัดขวางการขึ้น เช่น ถุงน้ำ (cyst)⁽⁷⁾ ฟันเกิน(supernumerary teeth)⁽⁸⁾ นอกจากนี้ฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดอาจพบสัมพันธ์กับการมีเนื้อเยื่อเหงือกที่แน่นและหนา(thick and fibrous gingival tissue) หรือโรคทางระบบต่างๆ เช่น โรคโครโดครเนียลดิสออสโตซิส(cleidocranial dysostosis)ซึ่งเป็นโรคที่สืบทอดทางพันธุกรรม ผู้ที่ป่วยจากโรคนี้จะมีความผิดปกติของการพัฒนากระดูกและฟัน ทำให้ฟันขึ้นช้าหรือมีฟันคุดหลายซี่⁽⁹⁾

ฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในช่องปาก เช่น สูญเสียช่องว่างในส่วนโค้งแนวฟันเส้นกึ่งกลางฟัน(dental midline) เบี้ยวไปทางด้านที่มีฟันคุด มีช่องว่างเกิดการสบลึก(deep overbite)และการยื่นยาวของฟันคู่สบเข้ามาใน

ช่องว่าง(over-eruption)นอกจากนี้อาจส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพอื่นๆตามมา เช่น ความเจ็บปวด(pain) โรคฟันผุ(dental caries) โรคปริทันต์(periodontal disease) การละลายของรากฟันข้างเคียง(resorption of adjacent root) และยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอีกด้วย⁽¹⁰⁾

ทางเลือกในการรักษาฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี ดังนี้ 1. การถอน(extraction)หรือผ่าตัดนำฟันคุดออก(surgical removal) และหากมีช่องว่างเหลือก็เคลื่อนฟันปิดช่องว่างด้วยแรงทางทันตกรรมจัดฟัน แต่วิธีนี้มีข้อเสียคือ อาจทำให้เกิดความพิการที่กระดูก(bony defect) บริเวณนั้นและฟันข้างเคียง มีเหงือกร่น(gingival recession)ตามมา⁽¹¹⁾ 2. การผ่าตัดเปิดฟัน(surgical exposure) มีข้อบ่งชี้ในกรณีฟันซี่นั้นมีตำแหน่งค่อนข้างปกติ แต่ไม่สามารถขึ้นได้หลังจากที่มีการสร้างรากฟันมากกว่า 3/4 ของความยาวรากที่สมบูรณ์ โดยการเอากระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่ด้านบนออกเพื่อเปิดให้เห็นด้านบดเคี้ยวทั้งหมดของฟันกรามน้อยซี่ที่ฝังอยู่ และปล่อยให้ขึ้นมาเองโดยไม่มีการช่วยเหลือใดๆ เพียงแต่คงช่องว่างไว้ให้เพียงพอต่อการขึ้นของฟันคุด แต่วิธีนี้เป็นวิธีที่คาดการณ์ผลการรักษาได้ยาก ดังนั้นมักจะใช้ในกรณีที่มีการล้มเอียงของฟันคุดไม่มากกว่า 45 องศา เมื่อเทียบกับแนวแกนฟัน(long axis) ในตำแหน่งปกติ^(1,12) ซึ่งวิธีนี้มีข้อดีคือเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยต่อฟันข้างเคียงและเนื้อเยื่อโดยรอบ 3. การผ่าตัดเพื่อจัดฟันเข้าคืนที่(surgical repositioning) หรือการนำฟันของผู้ป่วยเองมาปลูกถ่าย(autotransplantation) มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ฟันคุดมีแนวแกนฟันผิดปกติมากหรือในกรณีที่ใช้วิธีการผ่าตัดเปิดฟันแล้วไม่ประสบความสำเร็จ^(13,14) 4. การใช้วิธีทางทันตกรรมจัดฟันมาช่วยให้มีการขึ้นของฟัน(orthodontic traction) โดยการเอากระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนที่ขัดขวางการขึ้นของฟันคุดออกไปและเคลื่อนฟันขึ้นมาโดยใช้แรงทางทันตกรรมจัดฟัน^(2,15,16)

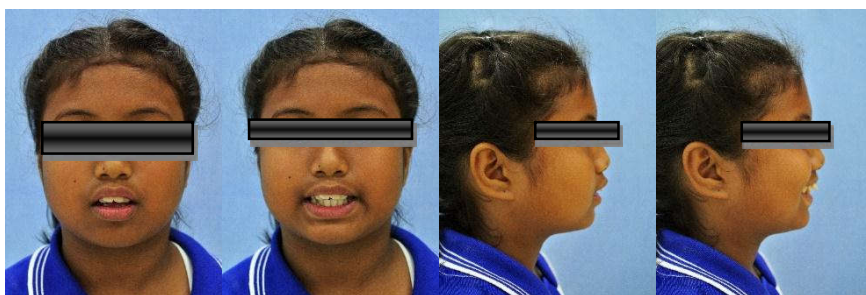
แม้ว่าการเกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองล่างสุดพบมากเป็นอันดับสาม รองลงมาจากฟันกรามซี่ที่สามและฟันเขี้ยวบนหรือคิดเป็นร้อยละ 24 ของการเกิดฟันคุดทั้งหมดในช่องปาก^(17,18) แต่กลับพบว่ามีความหรือรายงานผู้ป่วยเกี่ยวกับการเกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดยังไม่มากพอ บทความหรือรายงานผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการเกิดฟันเขี้ยวบนคุด ดังนั้นรายงานผู้ป่วยรายนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอการตรวจวินิจฉัยทั้งทางคลินิกและภาพรังสี การรักษา ติดตามผล เพื่อเป็นแนวทางพิจารณาการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยที่มีฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 11 ปี มาพบทันตแพทย์จัดฟันด้วยอาการสำคัญ คือ ทันตแพทย์

แนะนำให้มาปรึกษาเนื่องจากไม่พบฟันกรามน้อยซี่ที่สองล่างซ้ายในช่องปาก และฟันกรามน้อยซี่ที่สองบนขึ้นไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยกังวลเรื่องฟันหน้าบนยื่น ถูกเพื่อนล้อเลียน ขาดความมั่นใจเวลายิ้ม ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัว และปฏิเสธการแพ้ยา

จากการตรวจสภาพภายนอกช่องปากพบว่าผู้ป่วยมีรูปหน้าผู้ป่วยทางด้านหน้าเป็นแบบสมมาตร (symmetrical mesocephalic face) รูปหน้าผู้ป่วยทางด้านข้างมีลักษณะยื่น (convex facial profile) ริมฝีปากบนและล่างยื่น (protrude upper and lower lips) มุมระหว่างริมฝีปากและจมูกน้อย (decreased nasolabial angle) ไม่พบเสียงขณะเคลื่อนไหวขากรรไกร (temporo-mandibular joint sound) การเคลื่อนไหวของขากรรไกรอยู่ในเกณฑ์ปกติ (รูปที่1)



รูปที่ 1 แสดงภาพถ่ายภายนอกช่องปากก่อนการรักษาขณะใบหน้าปกติและขณะยิ้ม

การตรวจสภาพภายในช่องปากพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะสุขภาพอนามัยช่องปากดี มีเหงือกอักเสบเล็กน้อยไม่พบร่องลึกปริทันต์มีเหงือกยึดปกติ (normal frenum attachment) ไม่พบฟันผุ ระยะฟันอยู่ในช่วงของฟันแท้ ลักษณะการสบฟันเป็นแบบที่ 1 (Angle's classification: Class I) โดยมีระยะเหลื่อมในแนวราบ (overjet) 12 มิลลิเมตร

และระยะเหลื่อมในแนวตั้ง (overbite) 3 มิลลิเมตร มีการซ้อนเกของฟันหน้าบนและล่างแบบรุนแรง (severe crowding) ฟันซี่ 43 มีตำแหน่งทางด้านใกล้แก้ม (buccoversion) ของส่วนโค้งแนวฟัน ฟันซี่ 15,25 คุด และไม่พบฟันซี่ 35 ในช่องปาก (รูปที่2)



รูปที่ 2 แสดงลักษณะภายในช่องปากก่อนการรักษา โดยแสดงรูปการสบฟันและด้านบดเคี้ยว

ผลการวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีฟันออรามิก (panoramic film) ซึ่งเป็นภาพรังสีนอกช่องปากที่สามารถประเมินฟัน กระดูกขากรรไกรล่างและอวัยวะข้างเคียงได้ พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีระยะฟันอยู่ในช่วงฟันแท้ ฟันทุกซี่มีการสร้างรากฟันมากกว่าสองในสามของความยาวรากทั้งหมด มีฟันซี่ 35 ฝังอยู่ในกระดูกระหว่างรากฟันซี่ 34 และ 36 และฟันซี่ 15, 25, 35 ฝังในตำแหน่งใต้ต่อจุดศูนย์กลาง (contour) ด้านใกล้กลางของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง พบการสร้างหน่อฟันซี่ 28, 38 และซี่ 48 นอกจากนี้พบฟันเกิน (supernumerary tooth) ฝัง (embedded) ในแนวอนบริเวณรากฟันซี่ 21



รูปที่ 3 แสดงภาพถ่ายรังสีฟันออรามิกและภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างก่อนการรักษา

สรุปวัตถุประสงค์ของการรักษาผู้ป่วยรายนี้คือการแก้ไขฟันหน้าบนยื่น ฟันบนและล่างซ้อนเกแก้ไขฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด ดังนั้นการรักษาในผู้ป่วยรายนี้จึงเลือกวางแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันด้วยการถอนฟันและช่วยให้ฟันคุดซี่ 15, 25 และ 35 ขึ้นมาในช่องปากได้ซึ่งการถอนฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีเหตุผลหลักอยู่ 2 ประการคือ 1) เพิ่มพื้นที่ในส่วนโค้งแนวฟันให้เพียงพอต่อการขึ้นมาของฟันซี่ 15, 25 และ 35 2) แก้ไขฟันซ้อนเก 3) เพื่อลดความยื่นของฟันหน้าและริมฝีปากบน ทำให้ได้รูปใบหน้าด้านข้างที่ดีขึ้น

โดยมีลำดับการรักษาคือ ภายหลังส่งผู้ป่วยเตรียมช่องปากโดยการขูดหินปูน ผ่าฟันเกินที่คุดบริเวณฟันหน้าบนด้านซ้ายออก หลังจากนั้นติดเครื่องจัดฟันชนิดติดแน่นทั้งปากในขากรรไกรบนและล่าง และเริ่มการปรับระดับฟันด้วยลวดนิกเกิลไททาเนียมขนาด 0.012 นิ้ว เปลี่ยนลวดจนกระทั่งเป็นลวดเหล็กลวดเหล็กกล้าไร้สนิมขนาด 0.016×0.022 นิ้วเพื่อต้องการแก้ไขแนวการเรียง

ถึงซี่ 23 และจากการวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง (lateral cephalometric film) พบว่าผู้ป่วยมีโครงสร้างกระดูกขากรรไกรและใบหน้าประเภทที่ 1 (skeletal class I) ตำแหน่งขากรรไกรบนและล่างปกติ (orthognathic maxilla and mandible) ตำแหน่งฟันหน้าบนยื่น (proclined and protruded upper incisors) ตำแหน่งฟันหน้าล่างปกติ (normally inclined and positioned lower incisors) และมีตำแหน่งริมฝีปากบนและล่างยื่น (protruded upper and lower lips) (รูปที่ 3)

ตัวของฟันแต่ละซี่ให้เป็นระเบียบ และปรับระดับฟันที่อยู่ต่ำหรือสูงกว่าระนาบสบฟันให้อยู่ในระนาบที่เหมาะสม ตลอดจนแนวแกนของรากฟันควรจะต้องขนานกันไม่ล้มเอียง ซึ่งส่งผลให้ฟันซี่ 15, 25 และ 35 หลุดพ้นจากจุดศูนย์กลางด้านใกล้กลางของฟันซี่ 16, 26 และ 36 ตามลำดับและเมื่อลวดในช่องปากเป็นลวดเหล็กลวดเหล็กกล้าไร้สนิมขนาด 0.016×0.022 นิ้วจึงส่งผู้ป่วยไปถอนฟันซี่ 14, 24, 34 และ 44 และใส่ลวดลวดสปริงแบบปิดเหล็กกล้าไร้สนิม (stainless steel closed coil spring) ระหว่างฟันซี่ 13 กับ 16, 23 กับ 26 และ 33 กับ 36 เพื่อรักษาช่องว่างที่ได้จากการถอนฟันไว้สำหรับการขึ้นมาของฟันซี่ 15, 25 และ 35 (รูปที่ 4) ภายหลังคงสภาพช่องว่างไว้เมื่อผ่านไป 3 เดือน ฟันซี่ 15 และ 25 ก็สามารถขึ้นมาได้ในช่องปาก และใช้เวลา 6 เดือน ฟันซี่ 35 ก็สามารถขึ้นมาได้เช่นกัน และเมื่อฟันเหล่านี้เริ่มเข้าใกล้ระนาบการสบฟัน จึงได้ติดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นเพื่อปรับแนวการเรียงตัวของฟันซี่ 15, 25 และ 35 ให้เป็นระเบียบ หลังจากนั้นจึงเริ่มเคลื่อนฟันเขี้ยวไป

ทางด้านไกลกลางเข้าสู่ช่องว่างที่เหลือนั้นติดกับฟัน
กรามน้อยซี่ที่สอง ตามมาด้วยขั้นตอนการดัดฟัน

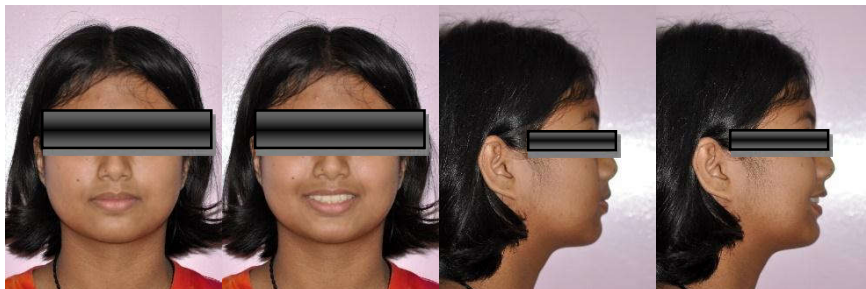
หน้าเข้าไปทางด้านใกล้ลิ้นเพื่อเป็นการปิดช่องว่าง
ที่เหลือนั้นและลดความยื่นของฟันหน้า



รูปที่ 4 แสดงลักษณะภายในช่องปากระหว่างการรักษา

ภายหลังการจัดฟันได้รับการสบฟันที่ปกติ
และผู้ป่วยพึงพอใจกับผลการรักษา(รูปที่5-6) ได้
พิจารณาถ่ายภาพรังสีฟันออรามิก และภาพรังสี
กะโหลกศีรษะด้านข้างเพื่อประเมินผลการรักษา
จากภาพรังสีฟันออรามิกพบว่ารากฟันขนานกัน ไม่
พบความผิดปกติใดๆ และภาพรังสีกะโหลกศีรษะ
ด้านข้างพบว่าผู้ป่วยมีโครงสร้างกระดูกขากรรไกร
ตำแหน่งฟันและเนื้อเยื่ออ่อนต่างๆที่ปกติ (รูปที่7)

หลังถอดเครื่องมือ ทำเครื่องมือคงสภาพฟันชนิด
โอไบ(wraparound retainers) ให้กับผู้ป่วย
ภายหลังการใส่เครื่องมือคงสภาพฟันได้มีการ
ติดตามผลการรักษา 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถ
ดูแลและทำความสะอาดตามที่ทันตแพทย์แนะนำ
ได้ดีไม่มีผดผื่น หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยติดตามผล
เป็นระยะทุก 1 และ 6 เดือนไม่พบว่ามีอาการกลับ
และจะมีการติดตามอย่างต่อเนื่องทุกๆ 1 ปี



รูปที่ 5 แสดงภาพถ่ายภายนอกช่องปากหลังการรักษาขณะใบหน้าปกติและขณะยิ้ม



รูปที่ 6 แสดงลักษณะภายในช่องปากหลังการรักษา โดยแสดงรูปการสบฟันและด้านบดเคี้ยว



รูปที่ 7 แสดงภาพถ่ายรังสีพานอรามิกและภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างหลังการรักษา

วิจารณ์

วิธีการรักษาฟันกรามน้อยซี่ที่สองคู่มีหลายทางเลือกการรักษาโดยการถอน (extraction) หรือผ่าตัดนำฟันคุดออก (surgical removal) เป็นวิธีที่ง่ายแต่พบว่าอาจทำให้เกิดความพิการที่กระดูก (bony defect) บริเวณนั้น และฟันข้างเคียง มีเหงือกร่น (gingival recession) ตามมา⁽¹¹⁾ การใช้วิธีทางทันตกรรมจัดฟันมาช่วยให้มีการขึ้นของฟัน (orthodontic traction) ซึ่งวิธีนี้มีข้อดีคือเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยต่อฟันข้างเคียงและเนื้อเยื่อโดยรอบ แต่เป็นวิธีการที่ยุ่งยากกว่าการการผ่าตัดเปิดฟัน (surgical exposure)^(2,15,16) การผ่าตัดเพื่อจัดฟันเข้าคืนที่ (surgical repositioning) หรือการนำฟันของผู้ป่วยเองมาปลูกถ่าย (autotransplantation) มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ฟันคุดมีแนวแกนฟันผิดปกติมาก หรือในกรณีที่ใช้วิธีการอื่นๆ เพื่อช่วยให้มีการขึ้นของฟันคุดแล้วไม่ประสบความสำเร็จ^(13,14) ในผู้ป่วยรายนี้เลือกใช้วิธีการผ่าตัดเปิดฟัน (surgical exposure) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในกรณีฟันซี่นั้นมีตำแหน่งค่อนข้างปกติ แต่ก็ไม่สามารถขึ้นได้หลังจากที่มีการสร้างรากฟันมากกว่า 3/4 ของความยาวรากที่สมบูรณ์ โดยการเอากระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่ด้านบนออกเพื่อเปิดให้เห็นด้านบดเคี้ยวทั้งหมดของฟันกรามน้อยซี่ที่สองอยู่ และปล่อยให้ขึ้นมาเองโดยไม่มีการช่วยเหลือใดๆ เพียงแต่คงช่องว่างไว้ให้เพียงพอต่อการขึ้นของฟันคุด วิธีนี้เป็นวิธีที่คาดการณ์ผลการรักษาได้ยาก แต่มีข้อดีคือเป็นวิธีที่ง่ายและมีความปลอดภัยต่อฟันข้างเคียงและเนื้อเยื่อโดยรอบ ดังนั้นมักจะใช้ในกรณีที่มีการล้ม

เอียงของฟันคุดไม่มากกว่า 45 องศา เมื่อเทียบกับแนวแกนฟัน (long axis) ในตำแหน่งปกติ^(1,12)

ในบางกรณีการวางแผนเพื่อรักษาฟันกรามน้อยซี่ที่สองคู่ก็อาจต้องอาศัยหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายและเพิ่มผลสำเร็จในการรักษาเช่นในผู้ป่วยรายนี้เบื้องต้นเลือกวิธีการถอนฟันกรามน้อยซี่ที่สองซี่หนึ่งเพื่อสร้างช่องว่างที่เพียงพอในขากรรไกรสำหรับการขึ้นของฟันกรามน้อยซี่ที่สองคู่และรอให้ขึ้นมาเองโดยไม่มีการช่วยเหลือใดๆ เพียงแต่คงช่องว่างไว้ให้เพียงพอต่อการขึ้นของฟันคุดโดยในเบื้องต้นได้วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและผู้ปกครองไว้ หากทางเลือกแรกล้มเหลว ฟันกรามน้อยซี่ที่สองไม่สามารถขึ้นมาได้เองหลังจากคงช่องว่างไว้ จะพิจารณาใช้วิธีทางทันตกรรมจัดฟันมาช่วยให้มีการขึ้นของฟันคุด โดยการเอาระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนที่ขัดขวางการขึ้นของฟันคุดออกไปและเคลื่อนฟันขึ้นมาโดยใช้แรงทางทันตกรรมจัดฟัน แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยรายนี้ภายหลังคงสภาพช่องว่างไว้ ฟันซี่ 15,25 และ 35 ก็สามารถขึ้นมาได้เอง อาจเนื่องมาจาก 1) ฟันคุดซี่ 15,25 และ 35 มีแนวแกนฟันผิดปกติจากตำแหน่งปกติน้อยกว่า 45 องศาซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่จะแนะนำให้ใช้วิธีนี้ในกรณีที่ฟันคุดมีแนวแกนฟันผิดปกติไปจากตำแหน่งปกติมากกว่า 45 องศา แต่ก็มีการศึกษาของ Collett ในปีค.ศ.2000 รายงานไว้ว่า แม้ฟันกรามน้อยซี่ที่สองคู่จะมีแนวแกนฟันผิดปกติไปจากตำแหน่งปกติมากกว่า 45 องศา แต่หากสามารถสร้างช่องว่างที่เพียงพอ ก็อาจขึ้นมาเองได้เช่นกัน⁽¹²⁾ 2) ฟันซี่ 15,25 และ 35 ยังคงมีแรงที่มาจากฟันงอก (eruptive force) จากการสร้างรากฟันที่ยังไม่สมบูรณ์

3) ในขั้นตอนปรับระดับฟัน (leveling phase) ฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งมีการปรับแนวแกนฟันเอียงไปทางด้านไกลกลาง (distal tipping) จึงทำให้ฟันซี่ 15, 25 และ 35 หลุดพ้นจากจุดนูนสุดด้านไกลกลางของฟันซี่ 16, 26 และ 36 ตามลำดับ ส่งผลให้ไม่ขัดขวางการขึ้นของฟันคุด และพบว่าหลังจากฟันซี่ 15, 25 และ 35 ขึ้นมาในช่องปากและอยู่ในระยะนาบสบฟันก็มีการสร้างรากฟันต่อจนสมบูรณ์ (completed root formation)

ทั้งนี้หากสามารถตรวจ และวินิจฉัยฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ จะช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงของปัญหาการสบฟันที่เกิดขึ้นตามมา และช่วยให้การรักษามีความยุ่งยากน้อยลงและมีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการป้องกันไม่ให้เกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด ก็เป็นวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองไปก่อนกำหนด ดังนั้นทันตแพทย์ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยและ

ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการรักษาความสะอาดตั้งแต่ชุดฟันน้ำนม และหากทันตแพทย์พบมีการสูญเสียฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองไปก่อนกำหนดก็ควรส่งต่อทันตแพทย์สำหรับเด็กเพื่อทำเครื่องมือกันช่องว่าง (space maintainer) รักษาช่องว่างไว้ให้ฟันแท้ที่จะขึ้นมาในภายหลัง

สรุป

สรุปผลการรักษาผู้ป่วยรายนี้ สามารถแก้ปัญหาฟันซ้อนเกและฟันหน้าบนยื่น ทำให้รูปใบหน้าที่ด้านข้างของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การสบฟันภายหลังการรักษามีลักษณะฟันที่ดี (maximum intercuspation) ความสัมพันธ์ของฟันบนล่างเป็นการสบฟันกรามแบบที่ 1 มีระยะสบเหลื่อมในแนวราบและแนวตั้งปกติฟันกรามน้อยซี่ที่สองสามารถขึ้นมาในช่องปากได้ ผู้ป่วยสามารถบดเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รอยยิ้มที่สวยงามและผู้ป่วยพึงพอใจกับผลการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Andreasen JO, Petersen JK, Laskin DM. The impacted premolar. In: Textbook and color atlas of tooth impactions; diagnosis, treatment and prevention. St. Louis: Mosby; 1997. p. 177-95.
2. McNamara C, McNamara TG. Mandibular premolar impaction: 2 case reports. J Can Dent Assoc 2005; 71(11): 859-63.
3. Peterson LJ. Principles of management of impacted teeth. In: Contemporary oral and maxillofacial surgery. 4th ed. Philadelphia; 2003. 185.
4. Carr LM. The effect of extraction of deciduous molars on the eruption of bicuspid teeth. Aust Dent J 1963; 8(2): 130-6.
5. Maclaughlin JA, Fogels HR, Shiere FR. The influence of premature primary molar extraction on bicuspid eruption. J Dent Child 1967; 34(5): 399-405.
6. Winter GB, Gelbier MJ, Goodman JR. Severe infraocclusion and failed eruption of Deciduous molars associated with eruptive and developmental disturbances in the permanent dentition: a report of 28 selected cases. Br J Orthod 1997; 24(2): 149-57.

7. Rubin DM, Vedrenne D, Portno JE. Orthodontically guided eruption of mandibular Second premolar following enucleation of an inflammatory cyst: case report. *Int J Pediatr Dent* 2002; 27(1): 19–23.
8. Kaugars GE, Miller ME, Abbey LM. Odontomas. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol* 1989; 67(2): 172-6.
9. MacLaughlin JA, Fogels HR, Shiere FR. The influence of premature primary molar extraction on bicuspids eruption. *J Dent Child* 1967; 34(5): 399-405.
10. Magnusson C, Kjellberg H. Impaction and retention of second molars: diagnosis, treatment and outcome. *Angle Orthod* 2009; 79: 422-7.
11. Frank CA. Treatment options for impacted teeth. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(5): 623–32.
12. Collett AR. Conservative management of lower second premolar impaction. *Aust Dent J* 2000; 45(4): 279–81.
13. Holland D. A technique of surgical orthodontics. *Am J Orthod* 1955; 41: 27-44.
14. Sleeper EL. Surgical orthodontic technique and case reports. *Alpha Omegan* 1955; 49: 110-6.
15. Bhatnagar A, Wagh S, Bhatnagar P, Agarwal RR, Khan F. Orthodontic relocation of impacted mandibular second premolar: case report. *Annals of Dental Specialty* 2016; 4: 83-5.
16. Muhamad H, Nezar W, Omri E, Obaida A. Management of lower second premolar impaction. *J Adv Dent Res* 2015; 1: 2-9.
17. Thilander B, Myrberg N. The prevalence of malocclusion in Swedish school children. *Scand J Dent Res* 1973; 81: 12-21.
18. Thilander H, Thilander B, Persson G. Treatment of impacted teeth by surgical exposure. *Sven TandlakTidskr* 1973; 66: 519-25.

อาการแสดงทางผิวหนังในผู้ป่วยติดเชื้อลิซมาเนียอวัยวะภายในและเอชไอวี: รายงานผู้ป่วย

ภวรัญชน์ ตันตাপกุล พ.บ.¹, สศิษฐ์ พึ่งตระกูล พ.บ.,ว.ว.ตจวิทยา²
โรงพยาบาลเหนือคลอง¹, โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช²

บทคัดย่อ

โรคลิซมาเนียเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยอาการแสดงทางผิวหนังที่พบได้บ่อย คือ granulomatous plaque รายงานผู้ป่วยฉบับนี้นำเสนออาการแสดงทางผิวหนังที่ต่างกันออกไปในผู้ป่วยสองรายที่ไม่เคยมีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศและมีโรคประจำตัวติดเชื้อเอชไอวี รักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้ป่วยรายที่หนึ่งเป็นผู้ชายอายุ 41 ปีมาด้วยอาการไข้ ตับม้ามโตมาประมาณ 1 เดือน โดยมีตุ่มนูนขาวกระจายบริเวณหน้าแขนและขา 2 ข้างมา 5 ปี รายที่ 2 เป็นผู้หญิงมีอายุ 34 ปี มาด้วยอาการไข้ ตับม้ามโต มีผื่นนูนแดงกระจายบริเวณหน้า แขน และขา 2 ข้างมา 1 เดือน ทั้งสองรายได้รับการรักษาด้วยยา amphotericin B

คำสำคัญ: โรคลิซมาเนียที่แสดงอาการทางผิวหนัง โรคลิซมาเนียที่แสดงอาการทางอวัยวะภายใน เอชไอวี

Cutaneous Manifestations in Visceral Leishmaniasis and HIV Co-Infection: A Case Report

Pavarunch Tantapakul, MD.¹ Sasit Funtrakoon, MD.²

Nuea Khlong Hospital¹, Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital²

Abstract

Leishmaniasis not a common disease in South-East Asia. Cutaneous manifestations often present as a granulomatous plaque. We report the different form of cutaneous manifestation in patient with visceral leishmaniasis and HIV co-infection. The first patient is a 41-year-old male presented with fever and hepatosplenomegaly for 1 month. He also had multiple firm whitish nodules on face, upper and lower extremities for 5 years. The second patient is a 34-year-old female presented with fever hepatosplenomegaly and multiple erythematous patches and plaques on face, upper and lower extremities for 1 month. They were treated with amphotericin B.

Key words: cutaneous leishmaniasis, visceral leishmaniasis, HIV

บทนำ

โรคไลมาเนียส่วนใหญ่พบในประเทศแถบตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับในประเทศไทยมักพบในผู้ป่วยที่มีประวัติการเดินทางไปยังประเทศในแถบตะวันออกเฉียงใต้มาก่อน แม้ในระยะหลังจะมีรายงานผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติเดินทางและมีการติดเชื้อดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นก็ตาม แต่อาการที่แสดงทางผิวหนังของโรคไลมาเนียมักเป็นปัญหาในการวินิจฉัยของแพทย์ เนื่องจากรอยโรคอาจแยกได้ยากจากการติดเชื้อชนิดอื่นๆ ทางผิวหนัง เช่น วัณโรค⁽¹⁾ เชื้อรา เป็นต้น รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ได้รวบรวมผู้ป่วยสองรายที่ไม่มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศและมาด้วยอาการแสดงทางผิวหนังของโรคไลมาเนียที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยทั้งสองรายมีการติดเชื้อไลมาเนียอวัยวะภายในและเอชไอวีร่วมด้วย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชายอายุ 41 ปี มีโรคประจำตัว คือ ติดเชื้อเอชไอวีและเบาหวาน รับประทาน lamivudine, lopinavir/ritonavir, tenofovir, co-trimoxazole และ glipizide คนไข้มาตามนัดสม่ำเสมอ ไม่มีประวัติการเดินทางไปต่างประเทศ เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ด้วยอาการไข้ เพลีย น้ำหนักลดมาประมาณ 1 เดือน และมีผื่นนูนสีขาวกระจายบริเวณหน้าแขนและขาสองข้างมาประมาณ 5 ปี ไม่มีประวัติแมลงกัดที่แน่ชัด

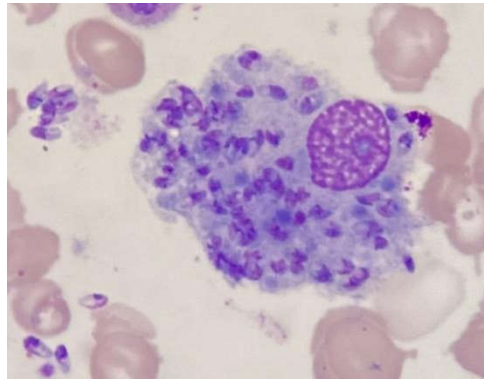
ตรวจร่างกายแรกได้รับอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 95/60 มิลลิเมตรปรอท รูปร่างผอม ซีด ไม่เหลือง ต่อมทอนซิลไม่โต พบผื่นตุ่มนูน สีขาว แข็ง กดไม่เจ็บ (multiple discrete firm whitish nodules) กระจายหลายตำแหน่งทั่วบริเวณหน้า แขน และขาสองข้าง (รูปที่ 1-5) ไม่มีอาการอักเสบเป็นหนอง ตับม้ามโตคล้ำได้



รูปที่ 1-5 แสดงลักษณะรอยโรคที่ผิวหนังกระจายตำแหน่งต่างๆ ทั่วร่างกาย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb 7.9 g/dL, Hct 24.3 mg%, WBC 4,800/uL, MCV 88.3 fL, RDW 20.1%, platelet count 119,000/uL, neutrophil 86%, lymphocyte 9%, monocyte 2%, eosinophil 3%, Cr 2.79 mg/dL, total protein 4.9 g/dL, albumin 2.1 g/dL, globulin 2.8 g/dL, total bilirubin 0.86 mg/dL, direct bilirubin 0.50 mg/dL, AST 32 U/L, ALT 17 U/L,

alkaline phosphatase 132 U/L, CD4 136 cell/mm³, HIV viral load < 20 log 1.30, HBsAg negative, Anti-HCV positive, HCV-RNA 290,000 IU/mL, VDRL (RPR) non-reactive. Bone marrow aspiration พบ amastigote forms of leishmania in macrophages (ดังรูปที่ 6) Skin biopsy พบ fibrotic skin change เอกซเรย์ทรวงอกไม่พบความผิดปกติ



รูปที่ 6 แสดงเชื้อลิวมาเนียระยะอะแมสติโกต (amastigote) ในแมคโคฟาจากไขกระดูก (Wright stain)

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงอายุ 34 ปี มีโรคประจำตัว คือ ติดเชื้อเอชไอวีทานยา efavirenz, lamivudine และ zidovudine ไม่สม่ำเสมอ ขาดยามา 2 ปี ไม่มีประวัติการไปต่างประเทศ เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ด้วยอาการไข้ เหนื่อย น้ำหนักลด มีผื่นแดงกระจายบริเวณหน้าแขนและขาสองข้างมาประมาณ 1 เดือน ไม่มีประวัติแมลงกัดที่แน่ชัด

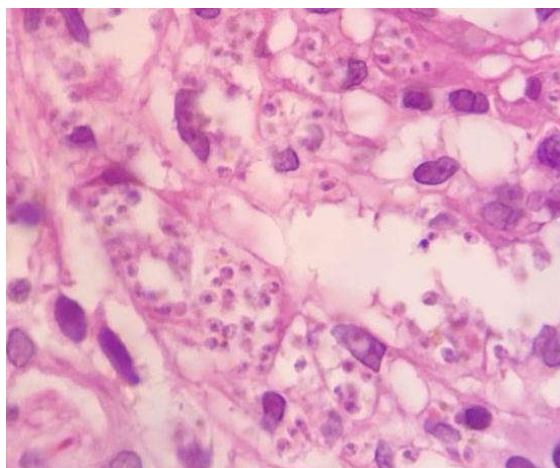
ตรวจร่างกายแรกรับอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/65 มิลลิเมตรปรอท รูปร่างผอม ซีด ไม่เหลือง ต่อมทอนซิลไม่โต พบผื่นแดงกระจายหลายตำแหน่ง (multiple discrete erythematous patches and plaques) ทั่วบริเวณหน้า แขน และขาสองข้าง (รูปที่ 7-9) ไม่มีอาการอักเสบเป็นหนอง ตับม้ามโตคล้ำได้



รูปที่ 7-9 แสดงลักษณะรอยโรคที่ผิวหนังกระจายในตำแหน่งต่างๆ ทั่วร่างกาย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb 10.6 g/dL, Hct 31.9 mg%, WBC 1,500/uL, MCV 72.2 fL, RDW 13.6%, platelet count 199,000/uL, neutrophil 59%, lymphocyte 26%, monocyte 14%, eosinophil 1%, Cr 0.71 mg/dL, total protein 6.4 g/dL, albumin 2.3 g/dL, globulin 4.1 g/dL, total bilirubin 0.38 mg/dL, direct bilirubin 0.25

mg/dL, AST 22 U/L, ALT 5 U/L, alkaline phosphatase 154 U/L, CD4 25 cell/mm³, HIV viral load 457,401 log 5.66, HBsAg negative, Anti-HCV negative, VDRL (RPR) non-reactive, Skin biopsy พบ amastigote forms of leishmania (ดังรูปที่ 10) เอกซเรย์ทรวงอกไม่พบความผิดปกติ เปรียบเทียบข้อมูลต่างๆ ระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ดังตารางที่ 1



รูปที่ 10 แสดงเชื้อไลชมาเนียระยะอะแมสตีโกต (amastigote) ในเนื้อเยื่อจากรอยโรคที่ผิวหนัง (H and E)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการและอาการแสดง	ไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ตับม้ามโต ซีด เกล็ดเลือดต่ำ	ไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ตับม้ามโต ซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ
ตรวจร่างกายทางผิวหนัง	ลักษณะรอยโรคเป็นตุ่มนูน (multiple discrete firm whitish nodules)	ลักษณะรอยโรคเป็นผื่นนูนแดง (multiple discrete erythematous patches and plaques)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Skin biopsy: fibrotic skin change BM biopsy: amastigote forms PCR from BM: <i>L.martiniquensis</i>	Skin biopsy: amastigote forms
การวินิจฉัย	Disseminated cutaneous leishmaniasis with nodular lesions and visceral leishmaniasis caused by <i>Leishmania martiniquensis</i> in HIV co-infected patient	Disseminated cutaneous leishmaniasis with plaque lesions and visceral leishmaniasis in HIV co-infected patient

วิจารณ์

โรคไลชมาเนียเป็นโรคติดเชื้อโปรโตซัว *Leishmania spp.* โดยมีริ้นฝอยทราย (sandfly) เป็นแมลงพาหะของโรค⁽¹⁾ เมื่อติดเชื้อจะเปลี่ยนจากโปรแมสโตโกตเป็นอะแมสโตโกตลักษณะอาการของโรคไลชมาเนียสามารถจำแนกออกเป็น 3 แบบขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อไลชมาเนีย⁽²⁾ ดังนี้ 1. อาการแสดงที่บริเวณผิวหนัง (cutaneous leishmaniasis; CL) 2. อาการแสดงที่อวัยวะภายใน (visceral leishmaniasis; VL) หรือเรียกอีกชื่อว่าโรค คาลาอาซา (Kala Azar) 3. อาการแสดงที่เยื่อเมือก (mucocutaneous leishmaniasis; ML) โดยในที่นี้จะขอวิจารณ์ในกรณี visceral leishmaniasis ที่พบร่วมกับ cutaneous leishmaniasis ตามการวินิจฉัยของผู้ป่วยทั้งสองรายในรายงานนี้

ผู้ป่วยที่แสดงอาการของ visceral leishmaniasis ร่วมกับ cutaneous leishmaniasis พบได้ทั้งจากการติดเชื้อ *L. siamensis* และ *L. martiniquensis* มีการรายงานผู้ป่วยมาด้วยอาการแสดงทางผิวหนังดังนี้ 1. รอยโรคลักษณะเป็นผื่นนูนแดง (papule and plaque)^(3,4,5) 2. รอยโรคลักษณะเป็นตุ่มนูน (nodule)^(3,4,5) 3. รอยโรคลักษณะเป็นแผล (ulcer)⁽⁴⁾ สำหรับอาการแสดงทางผิวหนังในผู้ป่วยภาวะภูมิคุ้มกันปกติ มักมาแสดงด้วย macular lesion หรือ maculopapular lesion โดยพบได้บ่อยบริเวณใบหน้า และสามารถพบเชื้อไลชมาเนีย จากผิวหนังได้น้อยกว่าร้อยละ 60⁽⁶⁾ ส่วนในกรณีผู้ป่วยภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะมีอาการรุนแรง มักมาแสดงด้วย nodular lesion พบได้บ่อยบริเวณมือและเท้า แบบสมมาตรและสามารถพบเชื้อไลชมาเนีย จากผิวหนังได้ประมาณร้อยละ 90⁽⁶⁾ อาการแสดงที่พบบ่อยในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง เข้าได้กับคนไข้รายแรกที่มาแสดงด้วย nodular lesion ส่วนในคนไข้รายที่สองที่มาแสดงด้วย plaque lesion เป็นอาการที่พบได้ไม่บ่อย จึงขอเสนอในรายงานฉบับนี้

สำหรับระยะฟักตัวของ cutaneous leishmaniasis โดยเฉลี่ย 2-3 เดือน ในผู้ป่วยบางคนอาจพบน้อยกว่า 2 สัปดาห์หรือมากกว่า 5 ปี⁽³⁾ คนไข้รายแรกมีอาการแสดงทางผิวหนังมานานถึง 5 ปี วินิจฉัยเป็นโรคไลชมาเนียจากการเจาะไขกระดูกและพบเชื้อ *L. martiniquensis* จากวิธี PCR ผู้ป่วยรายที่สองมีอาการแสดงทางผิวหนังมานาน 1 เดือน วินิจฉัยเป็นโรคไลชมาเนียโดยการตัดชิ้นเนื้อบริเวณผิวหนัง อาการแสดงของผู้ป่วย visceral leishmaniasis มักพบว่ามีตับม้ามโต ซีด เกล็ดเลือดต่ำ^(3,4,5) ผลการดูดและเจาะเอาเนื้อเยื่อไขกระดูกส่งตรวจพบการลดลงของเซลล์และระบบไขกระดูกร่วมกับพบเชื้อไลชมาเนีย⁽⁷⁾ โรคไลชมาเนียที่ติดเชื้อร่วมกับเอชไอวีส่วนใหญ่จะพบร่วมกับมี CD4+ T cells น้อยกว่า 200 cell/mm^(3,4,5)

ในผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่มี CD4 136 cell/mm³ มีอาการไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย มา 1 เดือน มีลักษณะรอยโรคทางผิวหนังเป็นตุ่มนูน ตรวจร่างกายพบตับม้ามโต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะซีดและเกล็ดเลือดต่ำ ทำให้คิดถึงโรคที่เกิดจากเชื้อฉวยโอกาส โดยเชื้อฉวยโอกาสที่มีตับม้ามโต อาการแสดงทางผิวหนัง ซีด และเกล็ดเลือดต่ำหนึ่งนั้น คือ เชื้อไลชมาเนีย และเมื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ผลเจาะไขกระดูกพบเชื้อไลชมาเนีย ระยะอะแมสโตโกตในเม็ดเลือดขาวชนิดแมคโครฟาจ และ leishmania-conventional PCR จากไขกระดูกพบเชื้อ *L. martiniquensis* อย่างไรก็ตาม ผลการตัดชิ้นเนื้อจากผิวหนังส่งตรวจเป็น fibrotic skin change อาจเกิดได้จากชิ้นเนื้อที่ลึกไม่มากพอทำให้ไม่พบเชื้อไลชมาเนีย

ในผู้ป่วยรายที่สองเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่มี CD4 25 cell/mm³ มีอาการไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลดมา 1 เดือน มีลักษณะรอยโรคทางผิวหนังเป็นผื่นนูนแดง ตรวจร่างกายพบตับม้ามโต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะซีดและเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้นึกถึงเชื้อฉวยโอกาสเชื้อไลชมาเนีย จึงได้ทำการตัด

ขึ้นเนื่องจากผิวหนังส่งตรวจพบเชื้อลิชมาเนีย ระยะอะแอสติโกตในเม็ดเลือดขาวชนิดแมคโคฟาฟา ในการวินิจฉัยแยกโรคต้องคำนึงถึงโรค disseminated histoplasmosis และ disseminated talaromycosis แต่ลักษณะรอยโรคทางผิวหนังมักเป็น umbilicated papules ซึ่งไม่เข้ากับผู้ป่วยสองรายนี้และม้ามจะโตไม่มาก

ยาที่ใช้รักษาโรคลิชมาเนียในประเทศไทย มีเพียง amphotericin B โดยพบว่ามีหลายรายที่มีการกลับเป็นซ้ำ^(3,4) จึงได้มีการปรับรูปแบบการให้ยาโดยให้ยาเป็นช่วงๆ⁽⁸⁾ รวมทั้งมีการให้ยา itraconazole ร่วมด้วย ปัจจุบันเริ่มมีการนำยา miltefosin จากต่างประเทศมาใช้ในการรักษา

อัตราการเสียชีวิตจากโรคลิชมาเนียในผู้ป่วยที่ติดเชื้อลิชมาเนียในอวัยวะภายในและมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยคือร้อยละ 10 ถึง 19 ในการติดเชื้อครั้งแรก โดยจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 24 ในช่วงเดือนหลังการรักษา⁽⁹⁾ อัตราการรักษาหายด้วย amphotericin B คือร้อยละ 58 ถึง 82⁽⁹⁾ ผู้ป่วยรายแรกได้รับการรักษาด้วย liposomal amphotericin B 4 mg/kg/day IV ทุก 24 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยมีไข้สูงและเหนื่อยมากขึ้น เอกซเรย์พบปอดติดเชื้อ คนไข้ได้รับยาปฏิชีวนะเป็น meropenem หลังรักษาอาการไม่ดีขึ้นได้รับการเปลี่ยนยาฆ่าเชื้อเป็น cefoperazone-sulbactam และ colistin ต่อมาผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำลง และเสียชีวิต

ในวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2563 ในผู้ป่วยรายที่สอง ได้รับการรักษาด้วย amphotericin B 0.7 mg/kg/day IV ทุก 6 ชั่วโมง นาน 14 วันหลังจากนั้นวันที่ 23 พฤศจิกายน 2561 ผู้ป่วยมีไข้สูงและมีอาการเหนื่อยมากขึ้น เอกซเรย์พบปอดติดเชื้อ คนไข้ได้รับยาปฏิชีวนะเป็น piperacillin-tazobactam หลังรักษาอาการเหนื่อยไม่ดีขึ้น ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ความดันโลหิตต่ำลง และเสียชีวิตในวันเดียวกัน

สรุป

โรคลิชมาเนียเป็นโรคที่พบไม่บ่อยและประเทศไทยไม่ใช่ประเทศที่เป็นแหล่งระบาดของโรคลิชมาเนีย โดยมักพบในผู้ป่วยที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาการแสดงของโรคมีหลากหลายรูปแบบ รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ได้รายงานถึงอาการแสดงทางผิวหนังในผู้ป่วยที่ติดเชื้อลิชมาเนียในอวัยวะภายในและมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย โดยไม่มีประวัติเดินทางออกนอกประเทศมาก่อน ผู้ป่วยทั้งสองรายมาด้วยอาการแสดงทางผิวหนังแตกต่างกัน ทั้งอาการแสดงทางผิวหนังที่พบได้บ่อยและพบได้ไม่บ่อย ในรายงานผู้ป่วยสองรายนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินรอยโรคและนึกถึงสาเหตุจากโรคติดเชื้อที่สามารถเป็นไปได้ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เพื่อการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและการเริ่มการรักษาที่รวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. Tan HH, Wong SS, Ong BH. Cutaneous leishmaniasis: a report of two cases seen at a tertiary dermatological centre in Singapore. Singapore Med J 2000;41:179-81.
2. Maltezou HC. Leishmaniasis. Maltezou HC GA, editor. Kerala, India: Research Signpost; 2010.
3. Phumee A, Chusri S, Kraivichian K, Wititsuwannakul J, Hortiwakul T, Thavara U, et al. Multiple Cutaneous Nodules in an HIV-Infected Patient. PLoS Negl Trop Dis 2014;8(12):e3291.

4. Chusri S, Hortiwakul T, Silpapojakul K, Siriyasatien P. Consecutive cutaneous and visceral leishmaniasis manifestations involving a novel *Leishmania* species in two HIV patients in Thailand. *Am J Trop Med Hyg* 2012;87(1):76-80.
5. Chiewchanvit S, Tovanabutra N, Jariyapan N, Bates MD, Mahanupab P, Chuamanochan M, et al. Chronic generalized fibrotic skin lesions from disseminated leishmaniasis caused by *Leishmania martiniquensis* in two HIV-infected patients from northern Thailand. *Br J of Dermatol* 2015;173(3):663-70.
6. Zijlstra EE. PKDL and other dermal lesions in HIV co-infected patients with Leishmaniasis: review of clinical presentation in relation to immune responses. *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8(11):e3258.
7. Suankratay C, Suwanpimolkul G, Wilde H, Siriyasatien P. Autochthonous visceral leishmaniasis in a human immunodeficiency virus (HIV)-infected patient: the first in thailand and review of the literature. *Am J Trop Med Hyg* 2010;82(1):4-8.
8. Osatakul S, Mungthin M, Siripattanapipong S, Hitakarun A, Kositnitikul R, Naaglor T, et al. Recurrences of visceral leishmaniasis caused by *Leishmania siamensis* after treatment with amphotericin B in a seronegative child. *Am J Trop Med Hyg* 2014;90(1):40-42.
9. Alvar J, Aparicio P, Aseffa A, Boer MD, Cañavate C, Dedet JP, et al. The relationship between Leishmaniasis and AIDS: The Second 10 Years. *Clin Microbiol Rev* 2008;21(2):334-59.

ปื้นบริเวณเยื่อช่องปากในผู้ป่วยโรคซิฟิลิสระยะที่ 2

สศิษฐ์ พึ่งตระกูล พบ.,ว.ตจวิทยา
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

Mucous patches มีลักษณะเป็นปื้นขาวเหลืองที่พบได้หลายตำแหน่งในเยื่อช่องปากซึ่งพบได้ร้อยละ 8 ในผู้ป่วยซิฟิลิสระยะที่ 2 ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บบริเวณรอยโรคโดยจะพบเชื้อ *T. pallidum* ปริมาณมากอยู่ภายในรอยโรคการวินิจฉัยอาจเกิดความผิดพลาดได้ บทความนี้จึงได้นำเสนอ ผู้ป่วยชายไทยอายุ 30 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บคอ กลืนแล้วเจ็บ มา 10 วัน ภายหลังได้รับการรักษาด้วย doxycycline 200 มิลลิกรัมต่อวัน (เนื่องจากทดสอบการแพ้ยาบริเวณผิวหนังแล้วพบว่าผู้ป่วยแพ้ยา benzathine penicillin G) ติดตามอาการไม่พบรอยโรคดังกล่าว

คำสำคัญ: ปื้นบริเวณเยื่อช่องปาก โรคซิฟิลิสระยะที่ 2

Syphilitic Mucous Patches: A Case Report

Sasit Fungtrakoon, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Mucous patches are multiple symptomatic white-to-yellow patches of elsewhere in oral cavity, accounting for 8% of patients with secondary syphilis, and are highly infectious. Misdiagnosis might lead to delay of treatment. We, thereby, report a 30-year-old Thai non-HIV infected homosexual male presented with sore throat and odynophagia for 10 days. Being allergic to benzathine penicillin G, he was given doxycycline 200 mg per day for 14 days with improvement.

Keywords: mucous patches, secondary syphilis

บทนำ

รอยโรคในช่องปากสามารถเจอได้ร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสระยะที่ 2⁽¹⁾ หนึ่งในนั้นคือ ปื้นบริเวณเยื่อช่องปากหรือ Mucous patches เป็นรอยโรคหนึ่งที่พบได้ร้อยละ 8 ของผู้ป่วยในระยะนี้⁽²⁾ ผู้ป่วยมักเป็นหลายตำแหน่งและมีอาการเจ็บร่วมด้วย⁽³⁾ ลักษณะของรอยโรคแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ (1) ปื้นนูน สีขาวเทา รูปร่างกลมรี อาจแตกเป็นแผล (2) ปื้นเรียบลักษณะคล้ายงูเลื้อย (serpiginous lesions) หรือทางเดินของหอยทาก จึงมีชื่อเรียกว่า snail track ulcers⁽⁴⁾ หากนำรอยโรคดังกล่าวไปย้อม Direct immunofluorescence หรือส่องด้วย dark field microscopy จะพบเชื้อ *T. pallidum* ปริมาณมาก ซึ่งเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความไวสูง⁽³⁾ ด้วยเหตุนี้ปื้นเยื่อช่องปากดังกล่าว จึงสามารถติดต่อสู่คู่นอนได้ง่าย หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง

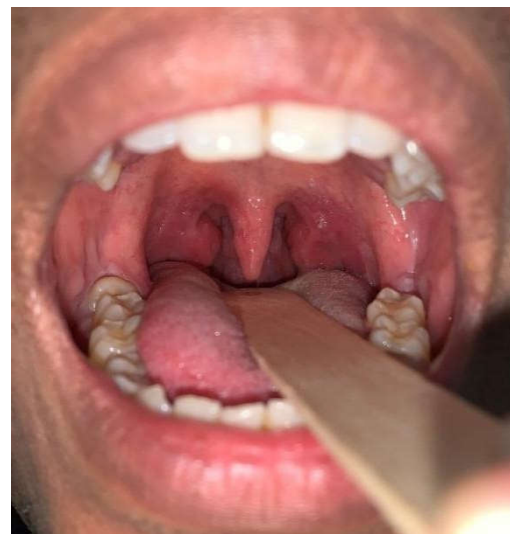
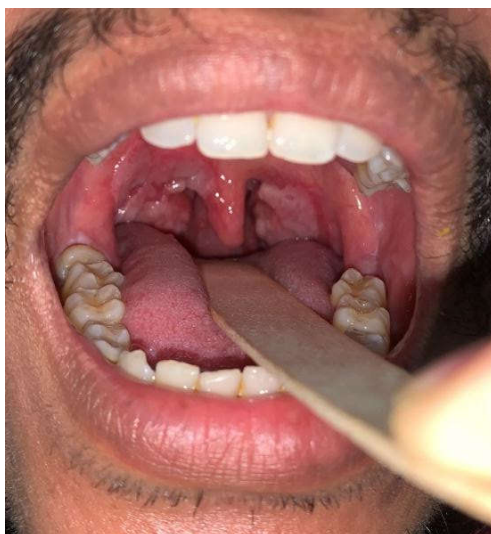
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 30 ปี มาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ด้วยอาการเจ็บคอ กลืนแล้วเจ็บมา 10 วัน ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่มีเสมหะ ไม่

เคยเป็นมาก่อน พบแพทย์หู คอ จมูก และส่งปรึกษาแพทย์ผิวหนังร่วมประเมิน ซักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยไม่เคยมีผื่นมาก่อน ไม่เคยมีแผลที่อวัยวะเพศมาก่อน มีคู่นอน 1 คนเป็นเพศเดียวกัน มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันล่าสุดเมื่อ 1 เดือนก่อน

ตรวจร่างกายอุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 91 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/88 มิลลิเมตรปรอท ตรวจในช่องพบ erosive whitish patches on tonsils and palatoglossal arch (ดังรูปที่ 1) with a linear snail track-like ulcerated whitish patch along right posterolateral tongue (ดังรูปที่ 3) ไม่มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ไม่มีผื่นหรือแผลบริเวณผิวหนังหรืออวัยวะสืบพันธุ์

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ RPR reactive 1:64, anti-HIV non-reactive และ KOH examination ไม่พบสาหร่าย ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น mucous patches in secondary syphilis และได้รับการรักษาด้วย doxycycline 100 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน เนื่องจากก่อนฉีด benzathine penicillin G ได้ทำ skin test พบว่าผู้ป่วยมีอาการแพ้



รูปที่ 1 แสดง erosive whitish patches ก่อนการรักษา

รูปที่ 2 แสดงรอยโรคภายหลังการรักษา



รูปที่ 3 แสดง a linear snail-track ulcerated whitish patch ก่อนการรักษา

รูปที่ 4 แสดงรอยโรคภายหลังการรักษา

วิจารณ์

รอยโรค erosive whitish patches ในช่องปากเช่นเดียวกับในผู้ป่วย สามารถเกิดได้จากสาเหตุต่างๆ เช่น 1) การติดเชื้อรา ซึ่งพบได้บ่อยโดยผู้ป่วยมักมีฝ้าขาวที่ลิ้นหรือเยื่อช่องปากร่วมด้วย ซึ่งไม่พบในผู้ป่วยรายนี้ อย่างไรก็ตามควรส่ง KOH examination เพื่อยืนยันการวินิจฉัย 2) การติดเชื้อซิฟิลิส มีลักษณะเป็นปื้นนูน สีขาวเทา รูปร่างกลมรี อาจแตกเป็นแผล หรืออาจเป็นปื้นเรียบเป็นทางยาวคล้ายทางเดินของหอยทาก หากส่งย้อม Direct immunofluorescence หรือส่องด้วย dark field microscopy จะสามารถพบเชื้อ *T. Pallidum* ได้

ในผู้ป่วยรายนี้พบรอยโรคที่พบสอดคล้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสทั้งสองรูปแบบ กล่าวคือ ที่ต่อมทอนซิลและช่องปากส่วนหลังมีลักษณะเป็นปื้นขาว ส่วนบริเวณลิ้นขาวมีลักษณะเป็น snail track ulcer อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ส่งย้อมดังกล่าว แต่ได้ส่งผล RPR (Rapid Plasma Reagent) จากเลือดผู้ป่วยเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสพบว่า reactive 1:64 ตรวจเลือดไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีและเมื่อเช็ดรอยโรคไป

ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ไม่พบว่ามีสายรา จึงสรุปได้ว่ารอยโรคในผู้ป่วยรายนี้ สอดคล้องกับปื้นบริเวณเยื่อช่องปากที่พบในโรคซิฟิลิสระยะที่ 2

การรักษาในผู้ป่วยติดเชื้อซิฟิลิสระยะที่ 2 คือการให้ยา benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ จำนวน 1 เข็ม อย่างไรก็ตามการผู้ป่วยบางรายอาจมีการแพ้ยาได้ จึงมีการทำทดสอบการแพ้ยาบริเวณผิวหนังก่อนฉีด (skin test) หากพบว่ามีอาการแพ้เช่นในผู้ป่วยรายนี้ ให้เปลี่ยนเป็นกินยา doxycycline 100 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน เมื่อติดตามอาการผู้ป่วยรายนี้ไม่พบรอยโรคปื้นบริเวณเยื่อช่องปาก

สรุป

รอยโรคในช่องปาก มีหลายรูปแบบแตกต่างกันออกไป หากรอยโรคนั้นมีลักษณะเป็นปื้นขาว มีแผล กลิ่นเจ็บ ต้องพึงระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยอาจจะมีโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 แฝงอยู่ เพราะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และปื้นเยื่อช่องปากดังกล่าวมีเชื้อปริมาณมาก สามารถติดต่อสู่คู่นอนได้ง่าย หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Liu XK, Li J. Secondary syphilis-related oral mucous patches. *ID Cases* 2017;9:34-5.
2. Rompalo AM, Joesoef MR, O'Donnell JA, Augenbraun M, Brady W, Radolf JD, et al. Clinical manifestations of early syphilis by HIV status and gender: results of the syphilis and HIV study. *Sex Transm Dis* 2001;28:158-65.
3. Tuddenham SA, Zenilman JM. Syphilis. In: Fitz Patrick 9th ed. 3151-52. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al. *Fitzpatrick's dermatology*. 9th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019. P 3151-2.
4. Barbosa de Paulo LF, Servato JP, Oliveira MT, Durighetto AF, Barbos DZ. Oral Manifestations of secondary syphilis. *Int J Infect Dis* 2015;35:40-2.